UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 - N° 206

# L'ILEO - CYSTO - URETRO - PLASTIE

## dans le traitement des grandes Fistules Vésico-Vaginales Africaines

(Indications - Technique - Résultats)

Travail du Service de Clinique Chirurgicale
de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dakar
(Professeur R. LETAC)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 12 Décembre 1955

PAR

**François LE BOURTHE**

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Tropicale
Externe des Hôpitaux

Né le 30 juillet 1929, à Lampaul-Plouarzel (Finistère)

Examinateurs de la Thèse :

MM. DARGET, Professeur, Président
MASSE, Professeur
RIGAUD, Maître de Conférences Agrégé
VILLAR, Agrégé

Juges

**BORDEAUX**

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0043

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 - N° 206

# L'ILEO - CYSTO - URETRO - PLASTIE

## dans le traitement des grandes Fistules Vésico-Vaginales Africaines

(Indications - Technique - Résultats)

Travail du Service de Clinique Chirurgicale
de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dakar
(Professeur R. LETAC)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 12 Décembre 1955

PAR

**François LE BOURTHE**

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Tropicale
Externe des Hôpitaux

Né le 30 juillet 1929, à Lampaul-Plouarzel (Finistère)

Examinateurs de la Thèse (Juges) :

MM. DARGET, Professeur, Président
MASSE, Professeur
RIGAUD, Maître de Conférences Agrégé
VILLAR, Agrégé

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1955

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYENS HONORAIRES** : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE G. PORTMANN
**DOYEN** : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

## PROFESSEURS

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | N. BROUSTET | Pathologie générale et expérimentale | SARIC |
| Clinique chirurgicale | PAPIN MASSÉ | Clinique ophtalmologique | N. |
| Clinique d'accouchements | RIVIÈRE | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | POUYANNE |
| Clinique gynécologique | MAGENDIE | Clinique médicale et desmaladies infectieuses | AUBERTIN |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique | DE GRAILLY | Chimie biologique et médicale | TAYEAU |
| Anatomie | DUFOUR | Physique médicale et pharmaceutique | PIFFAULT |
| Anatomie générale et histologie | MAYER | Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques | BONNIN |
| Hygiène et Clinique de la tuberculose | PIÉCHAUD | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JOULIA |
| Médecine légale et médecine du travail | DERVILLÉE | Clinique des maladies des voies urinaires | DARGET |
| Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale | REBOUL | Clinique des maladies nerveuses et mentales | DELMAS-MARSALET |
| Chimie | MESNARD | Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN |
| Matière médicale | GOLSE | Toxicologie et hygiène appliquée | CASTAGNOU |
| Pharmacie | VITTE | Clinique odonto-stomatologique | DUBECQ |
| Physiologie | FABRE | Botanique et cryptogamie | GIRARD |
| Clinique médicale des maladies des enfants | FONTAN | Thérapeutique | F.-J. TRAISSAC |
| Zoologie et parasitologie | SIGALAS | Hydrologie thérapeut. et climatologie | DUBARRY |

## PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

## PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie),
Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

## MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie pathologique | LEGER | Pharmacie (1re section) | R. GOLSE, ROMAIN |
| Anatomie | RIGAUD, CABANIE | Pharmacie (2e section) | MASQUELIER, QUILICHINI |
| Biochimie médicale | NEUZIL | Pharmacie (3e section) | CAZAUX |
| Pathologie expérimentale | FAURE | | |
| Physique médicale | DUHAMEL | | |

**CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ** R. STOLL (Histologie)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Médecine générale | BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, MORETTI, LAVIGNOLLE, MARTIN-DUPONT, DAVID-CHAUSSE, J. RIVIERE | Obstétrique | CHASTRUSSE, FAUGERE |
| | | Ophtalmologie | BESSIERE, CORCELLE |
| | | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS, M. PORTMANN |
| | | Dermatologie et syphiligraphie | LE COULANT |
| | | Pédiatrie et puériculture | VERGER |
| Chirurgie générale | LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS, DARMAILLACQ | Médecine légale et médecine du travail | L'ÉPÉE |
| | | Electro-radiologie | LACHAPÈLE |
| | | Odonto-stomatologie | BENOIT |
| | | Urologie | LANGE |
| | | Neurologie et psychiatrie | BLANC |
| | | Pneumo-phtisiologie | FREOUR |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Médecine opératoire | LAUMONIER | Zoologie pharmaceutique | BAILENGER |
| Accouchements | CHASTRUSSE, FAUGERE | Physiologie | BENELLI |
| Puériculture | VERGER, PERY | Toxicologie et Hygiène | Mlle LARCEBAU |
| Législation pharmaceutique | COUSTOU | Phytopharmacie | CORTESI |
| Cryptogamie | LAUBIE | Droit médical international | AUBY |
| Obstétrique sociale | MAHON | Médecine légale | L'EPEE |
| Organographie et physiologie végétale | TEMPÈRE | Séméiologie médicale | LAVIGNOLLE |
| Chimie biologique | MARQUEVIELLE | Séméiologie chirurgicale | DEPAULIS |
| Chimie analytique | BABIN | Embryologie | STOLL |
| Pathologie chirurgicale | VILLAR, CHAVANNAZ, TINGAUD, LAPORTE, DARMAILLACQ | Pathologie médicale | BERGOUIGNAN, LEVY, MORETTI, DAVID-CHAUSSE, RIVIERE, MARTIN-DUPONT |

*Le Secrétaire principal de la Faculté* : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage d'affectueuse reconnaissance

---

A MA FEMME

---

A MES ENFANTS

---

A MES FRERES

---

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR L'ABBÉ LURTON

Aumônier de Marine

---

A TOUS MES AMIS

---

A TOUS MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER LETAC

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Professeur agrégé des Facultés de Médecine
et du Corps de Santé de l'Union Française
Chirurgien des Hôpitaux de l'Union Française
Professeur à l'Ecole de Médecine de Dakar
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'enseignement et les conseils qu'il a toujours su nous donner avec bienveillance.

---

A MONSIEUR LE MEDECIN COMMANDANT BARROUX

Professeur agrégé du Service de Santé Colonial
Chirurgien des Hôpitaux Coloniaux
Croix de Guerre

Vous nous avez aidé et conseillé dans l'élaboration de ce travail dont le sujet vous est cher.

Nous espérons ne pas trop décevoir la confiance que vous nous avez témoignée et nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE PREMIERE CLASSE TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique
Officier du Mérite Maritime

---

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

---

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MAHON

Médecin-Accoucheur des Hôpitaux

Officier d'Académie

Vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance et vous avez su, par votre exemple, nous donner le goût de l'obstétrique.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

---

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VILLAR

Agrégé de Chirurgie Générale
Chirurgien des hôpitaux
Officier d'Académie

---

MONSIEUR LE DOCTEUR A. RIGAUD

Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie
Professeur Agrégé des Ecoles de Médecine Navale
Chirurgien des Hôpitaux de la Marine
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction Publique

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MASSE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Membre du Comité Français de l'Association Internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique
Officier de l'Instruction Publique

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DARGET

Professeur de Clinique Maladies des Voies Urinaires
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

# INTRODUCTION

Les fistules vésico-vaginales constituent en Afrique Occidentale Française une affection chirurgicale de toute première importance en raison de leur fréquence et des difficultés de leur traitement.

M. Marc dans sa thèse (Bordeaux 1954) (22) faisait état des fistules opérées durant les années 1952 et 1953 (102 observations) à l'hôpital Aristide-Le Dantec (Dakar), passait en revue toutes les techniques utilisées et en donnait les résultats.

Il soulignait l'origine ischémique pratiquement constante de ces fistules africaines qui apparaissent en effet, le plus souvent, chez des primipares jeunes à la suite d'accouchements laborieux effectués « en brousse » et terminés au bout de plusieurs journées de travail par l'expulsion spontanée d'un enfant macéré, ou par une manœuvre obstétricale faite en dernier ressort.

Il s'agit d'énormes escarres centrées sur le col vésical et répondant après rétraction cicatricielle aux descriptions de G. Cabanis (5) (6).

Devant ces graves lésions souvent incurables par les méthodes habituelles de réparation vésicale, le professeur R. Letac et le Docteur P. Barroux, ont préconisé la transposition hypogastrique de la fistule, véritable « retournement vésical » (3). La fistule amenée en position hypogastrique fait office de cys

tostomie, et une fois le vagin asséché, on réalise un néo-urètre dans un temps opératoire ultérieur.

Mais il persistait souvent un pertuis intervésico-pubien après le retournement vésical et même quand ce premier temps était réalisé avec succès, il restait la seconde phase et non la moindre : la création d'un néo-urètre.

Les résultats fonctionnels insuffisants des néo-urètres (incontinence ou au contraire rétention nécessitant des dilatations fréquentes) et les échecs furent trop nombreux.

C'est pourquoi dès février 1954, le Professeur R. Letac et le Docteur P. Barroux ont pensé à utiliser les données des plasties iléo-vésicales pour la réparation des fistules vésico-vaginales qui constituent ainsi une nouvelle indication de la cysto-entéro-plastie.

En outre, ils ont fait jouer au greffon intestinal **un nouveau rôle**, celui d'urètre (20), car les brèches vésico-vaginales rencontrées en A.O.F. s'accompagnent fréquemment d'une destruction urétrale totale ou partielle.

La proportion des fistules vésico-vaginales justiciables d'une telle intervention est assez importante puisqu'en 1954, à l'Hôpital Aristide-Le Dantec, à Dakar, sur 79 interventions réparatrices pratiquées pour 65 malades porteuses de fistules vésico-vaginales, nous avons compté 22 plasties vésico-urètrales à l'aide de segments intestinaux.

Et pourtant, l'opération plastique n'a été décidée que lorsqu'il était manifestement impossible de recourir à la suture par voie vaginale.

La plastie iléo-cysto-urétrale apparaissait à la fin du travail de Marc (22) comme une méthode d'avenir.

En effet, cette opération doit permettre d'éviter bon nombre d'implantations urétéro-coliques dont on sait les dangers ultérieurs.

Le plan que nous suivrons sera le suivant :

Rappel de quelques travaux portant sur les cysto-entéro-plasties.

Les indications opératoires.

La préparation des malades.

— L'intervention.

Les observations et les résultats obtenus.

# HISTORIQUE

R. Couvelaire, en 1950, rappelle dans son article sur la petite vessie des tuberculeux génito-urinaires (9) l'évolution dans le temps des cysto-entéro-plasties depuis la première réalisation par Von Mikulicz, en 1898.

En même temps, il indique les techniques opératoires pratiquées en 1950 dans le domaine des plasties intestinales en urologie.

a) **La cysto-cœco-plastie** à laquelle va sa préférence à cause des facilités d'anastomose au niveau des bandelettes cœcales.

La technique consiste à sectionner l'appendice, l'extrémité iléale et à libérer le cœcum en le sectionnant un peu avant l'angle hépatique et en pratiquant un décollement colo-pariétal.

La continuité est rétablie par iléotransversostomie latéro-latérale et le côlon est abouché à la vessie.

La grande cavité péritonéale est refermée en suturant le péritoine pariétal postérieur et le mésentère au niveau du bord droit du colon ascendant.

Cette opération se pratique en un seul temps, de même que la cysto-iléo-plastie, afin de pouvoir utiliser au mieux le greffon intestinal qu'un temps de préparation altère.

Evidemment le méso et la vascularisation du greffon prélevé sont gardés intacts.

b) **La cysto-iléo-plastie** est imprégnée de la méthode de K. Scheele. Elle consiste à anastomoser un segment d'iléon terminal prélevé avec son méso à la vessie ouverte. La continuité intestinale est rétablie par anastomose iléo-iléale termino-terminale ou latéro-latérale au-dessus du greffon prélevé qui est resuturé bout à bout de façon à constituer un anneau (24) (26), ou qui est tout simplement fermé à chaque bout. L'anastomose iléo-vésicale se fait au niveau de deux incisions pratiquées l'une sur le bord libre de l'intestin, et l'autre transversalement sur la vessie.

c) A propos des **cysto-urétéro-plasties,** R. Couvelaire cite l'intervention de Y. Longuet (21) qui anastomose latéro-latéralement à l'anneau intestinal fabriqué selon la technique de Scheele un uretère fistuleux (fistule urétéro-vaginale) qui est ligaturé au-dessous de l'anastomose.

J. Foret (15) a relaté le cas d'une femme opérée pour sténose bilatérale des méats urétéraux vraisemblablement d'origine congénitale et qui avait eu déjà une double néphrostomie. Un segment iléal disposé en U et aux branches duquel les uretères sectionnés avaient été rattachés par anastomose termino-latérale urétéro-iléale, fut raccordé à la vessie ouverte. Les sondes de néphrostomie furent périodiquement obturées pour assurer la perméabilité des anastomoses; douze jours après, elles furent retirées.

Dans les suites opératoires : pas d'azotémie, mais des urines troubles avec, en suspension, des produits de secrétion intestinale. On n'a jamais noté de reflux au niveau de la branche droite de l'anse qui pourtant avait été mise contropéristaltique.

David Annis (1) a fait une étude expérimentale portant sur deux chiens.

Après résection de l'uretère terminal des deux côtés, il suturait bout à bout l'extrémité de l'uretère restant et le greffon iléal qui était réimplanté dans la vessie. Les chiens ont sur-

vécu sans trouble fonctionnel grave et lorsqu'ils furent tués, l'auteur put constater qu'il n'existait aucune interruption entre les muqueuses vésicale, iléale et urétérale.

La cysto-entéro-plastie peut également être utile dans le cas d'urétéro-hydronéphrose consécutive à des sténoses des portions urétérales terminales en ce sens qu'il est possible de réimplanter ces uretères dans la néo-vessie d'agrandissement que constitue le segment iléal.

d) **Quant à la sigmoïdo-cysto-plastie,** elle a donné expérimentalement d'assez bons résultats mais elle est de réalisation difficile.

Au point de vue fonctionnel on pouvait supposer que le Sigmoïde était l'élément de choix puisque c'était en l'employant qu'on risquait à priori, le moins, d'assister à une réabsorption d'urine.

J. Foret, en 1953 (16) a repris cette question dans son article « Le greffon intestinal en urologie » et a montré que même pour l'iléon et le cœcum il n'y avait pas de réabsorption des éléments azotés de l'urine au-delà d'une dizaine de jours et que pendant cette période d'acclimatation, il n'y avait pas d'élévation sensible du taux de l'azotémie.

Le segment intestinal isolé perd donc rapidement ses facultés d'absorption mais il conserve ses propriétés de péristaltisme et convient parfaitement comme matériel de substitution en urologie.

Dans le même article, J. Foret pose les indications des cysto-plasties.

L'indication première est, comme nous l'avons déjà vu, la petite vessie des tuberculeux urinaires.

Nous ne reviendrons pas non plus sur le segment intestinal utilisé pour remplacer un ou les deux uretères.

Une troisième indication : le cancer vésical. R. Couvelaire (10) a pratiqué une cystectomie totale chez un homme de 45 ans, porteur d'une tumeur vésicale maligne.

Un segment intestinal isolé fut fixé au bec prostatique et les uretères furent réimplantés dans la néo-vessie qui fut abouchée à la peau. Dans un deuxième temps, la vessie fut trocardée et l'orifice cutané fermé. Le malade n'a pas retrouvé le besoin normal d'uriner, mais au bout d'un certain temps, il vide sa vessie au moyen de quelques poussées abdominales pour éviter l'écoulement par regorgement.

Enfin, une dernière indication : l'utilisation du greffon intestinal après pelvectomie à la Brunschwig.

Bricker (4) a obtenu de bons résultats chez ses opérées en utilisant des segments intestinaux comme vessies de substitution. Et James Merricks (23) a essayé d'utiliser également après pelvectomie, l'iléon comme urètre et le cœcum comme vessie en se servant de la valvule iléo-cœcale pour établir la continence. Mais il était alors nécessaire de cathétériser toutes les semaines pour vider le cœcum où l'urine stagnait. D'où infection à la longue, incontinence par regorgement quand les cathétérismes n'étaient pas assez répétés et réabsorption des produits azotés par le colon quand l'urine stagnait trop longtemps.

Van Wien et W. Gregoir (27) en employant la même technique que James Merricks (technique dérivée de celle de Verhoogen qui utilisait au début de ce siècle l'appendice comme urètre par appendicostomie) n'ont pas obtenu la continence qu'ils attendaient et, pour éviter le reflux cœco-urétral consécutif à des tensions exagérées, ont dû laisser à demeure une sonde que le malade ouvrait lui-même au bout d'un certain laps de temps.

Dans l'intervention que nous allons décrire nous utiliserons uniquement l'intestin grêle comme matériel de substitution pour assurer l'étanchéité vésicale et faire fonction de néo-urètre parce que c'est le segment intestinal qui nous a semblé le plus malléable et dont le prélèvement gêne le moins le rétablissement de la continuité du tube digestif.

# INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les lésions anatomiques qui caractérisent les fistules vésico-vaginales relevant de la plastie cysto-urétrale sont des destructions graves de l'appareil urétro-vésical.

La **fistule** apparaît comme un orifice de **plusieurs centimètres de diamètre** mettant largement en communication la vessie avec le vagin.

— Le **toucher intravésical** est possible à un ou plusieurs doigts. Le col vésical non seulement est intéressé mais encore l'urètre est détruit au moins sur une partie de son trajet.

— La **sclérose** envahit inévitablement au bout d'un certain temps les pourtours de la fistule qui en avant, devient **intimement adhérente au pubis.**

Le toucher vaginal permet d'apprécier le degré de rétrécissement du vagin et de noter l'existence ou non d'une bride vaginale scléreuse semi-circulaire postérieure.

Le col utérin est souvent attiré contre la fistule et quelquefois il est enfoui dans la sclérose et réduit à un simple orifice visible ou non au fond du vagin.

**L'urètre est toujours plus ou moins détruit.** Il peut être borgne et par suite incathétérisable.

— Les uretères sont parfois coupés sur le bord de la fistule et il est possible de les voir éjaculer lors d'un examen aux valves et de les cathétériser.

Les lésions associées telles que : vaginite, ulcérations du col utérin, excoriations de la vulve et des faces internes des

cuisses provoquées par l'écoulement constant d'urines, existent très souvent.

— La vessie est presque toujours rétractée.

La dilatation permanente des voies urinaires et l'infection du haut appareil peut être la conséquence des lésions de la portion juxta-vésicale des uretères.

Enfin, il n'est pas rare d'observer en plus, une fistule recto-vaginale reconnaissant la même étiologie que la fistule vésico-vaginale.

En somme, les fistules qui relèvent de la plastie cysto-urétrale sont celles que Ducassou (14) appelle « pertes de substance vésico-urétro-vaginale par ischémie » (fistules ischémiques de Cabanie) et que R. Letac (19) a caractérisé à Saint-Louis du Sénégal en 1942 par ces quatre stigmates :

la largeur de la fistule,
la destruction de l'urètre,
l'atrésie du vagin,
l'atrophie de la vessie.

Pour P. Barroux et R. Marc (22), ce sont les grandes fistules vésico-vaginales avec destruction partielle ou totale de l'urètre. Elles réalisent une destruction plus ou moins totale de la cloison urétro-vésico-vaginale.

Combien de temps après l'accouchement faut-il opérer ces malades ?

Pas avant trois ou quatre mois. Car, si certains auteurs ont préconisé la cure immédiate des fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale instrumentale, les mêmes auteurs ont toujours souligné qu'une attente s'imposait dans le cas de fistules consécutives à l'élimination de tissus sphacélés par compression.

De plus, avant une telle intervention il est indispensable de bien préparer les malades qui souvent sont dans un mauvais état général et cette préparation, comme nous allons le voir, peut nécessiter plusieurs semaines.

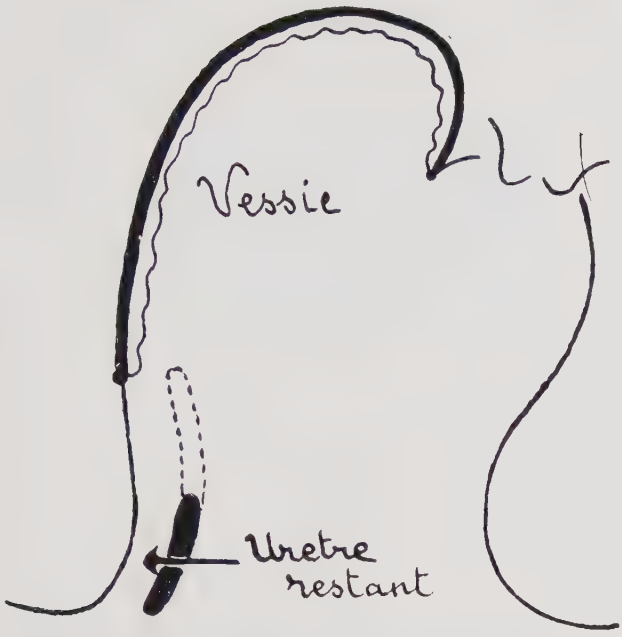


Fig. 1. — Brèche vésico-vaginale avec destruction partielle de l'urètre

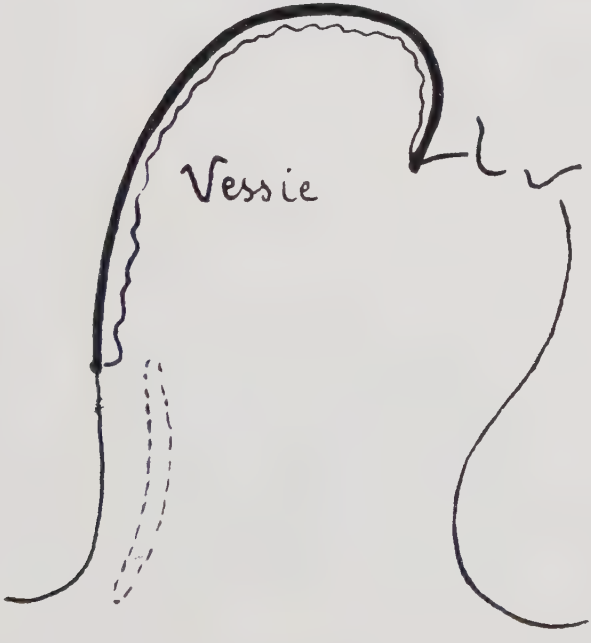


Fig. 2. - Brèche vésico-vaginale avec destruction totale de l'urètre.

**Fig. 3.** Breche vésico-vaginale très large avec destruction importante de l'urètre.

Le cathéter introduit dans l'urètre ressort presque immédiatement dans le vagin.

**Fig. 4.** Perte de substance vésico-vaginale.

Les méats urétéraux situés sur le bord postérieur de la fistule ont été cathétérisés à vue par le vagin.

**Fig. 5.** Lésion très souvent associée : la fistule recto-vaginale. Une pince introduite par l'anus ressort dans le vagin.

# PRÉPARATION DES MALADES

La plastie cysto-urétrale n'est pas une intervention très grave, mais nos malades fistuleuses constituent un très mauvais terrain et ont besoin d'être convenablement préparées.

Cette préparation nécessite des examens systématiques permettant de découvrir une atteinte cachée d'un système ou d'un organe. Il est rare chez les fistuleuses africaines, que tous les examens soient d'emblée satisfaisants et que la malade puisse être opérée tout de suite. Une longue hospitalisation pré-opératoire (plusieurs semaines à plusieurs mois) est souvent nécessaire.

La plupart du temps avec la gamme des tests que nous utilisons, nous trouvons une déficience quelconque.

Ces recherches sont indispensables, en effet, chez l'Africaine très souvent hypomutrie, parasitée, infectée ou anémiée.

Il faut tenir compte tout d'abord du poids, de la taille, de la scopie pulmonaire et surtout de l'hémogramme qui montre souvent la parasitose (éosinophilie) ou l'anémie.

L'infection : cystite, vaginite, pyélo-néphrite ou métro-annexite est traitée par les sulfamides, les antibiotiques et les soins locaux.

Il faut dépister les parasitoses les plus fréquentes en A. O.F. : paludisme, syphilis, amibiase, bilharziose vésicale, et parasitoses intestinales (ascaris, ankylostomes et tœnias).

Le déparasitage est effectué au moyen du médicament convenable : quinine, pénicilline et bismuth, émétine, antimoine, essence de chénopode, thymol, fougère mâle ou succédanés de la pipérazine.

L'anémie est également traitée : protoxalate de fer, vitamine $B_{12}$, extraits hépatiques et transfusions.

Le temps de saignement et le temps de coagulation permettent quelquefois de noter un suintement hémorragique capillaire qu'il convient de traiter par les vitamines K, PP, et le calcium.

L'électrophorèse des protéines et le test de Phillipps et Van Slyke révèlent souvent chez l'Africaine une hypoprotidémie qu'on corrige par des transfusions de sang, de plasma, et un régime hyperprotidique approprié. Il en sera tenu compte lors de l'intervention et on utilisera pour la fermeture de la paroi, le fil d'acier de préférence à un autre matériel de suture .

Le cœur, le foie et les reins seront également explorés.

Pour l'appareil cardio-vasculaire : l'auscultation cardiaque, un électro-cardiogramme et aussi un test de Crampton.

Les myocardites sont fréquentes en Afrique Occidentale Française et vraisemblablement favorisées par un état de dénutrition. L'Ouabaïne préopératoire peut rendre des services.

Les thromboses cardiaques sont des complications d'ordre chirurgical chez l'Africain et elles sont peut-être en rapport avec ces déficiences nutritionnelles qui s'opposent aux états de surcharge qui caractérisent souvent l'Européen dont la pathologie vasculaire (phlébites) est infiniment plus riche que celle de l'Africain.

Il est nécessaire de connaître l'éventualité d'une atteinte cardiaque pour prendre toutes les dispositions qui s'imposent avant l'intervention afin d'éviter ou de traiter une éventuelle syncope cardiaque.

Pour explorer le foie, un taux de prothrombine, un test de Mac Lagan et aussi la ponction biopsie que l'on utilise assez communément, suffisent. Les hépatites et les petites insuffisances hépatiques sont très fréquentes. On les traite dans la mesure du possible mais elles ne se sont jamais avérées très gênante pour la pratique de l'intervention.

Enfin, l'étude de l'appareil urinaire sera faite et permettra le bilan des lésions consécutives et associées à la fistule vésico-vaginale.

Nous recherchons pour chaque malade : chiffre moyen de la diurèse, examens chimique et cytobactériologique des urines, délais d'élimination du bleu de Méthylène et de la Phénol-Sulfone-Phtaléine, urographie intraveineuse et dosage de l'urée sanguine, quelquefois même nous avons pratiqué la ponction-biopsie du rein qui est susceptible d'apporter des renseignements précieux sur un état d'insuffisance et de sclérose rénale.

Nos malades sont enfin étroitement surveillées, reçoivent les prémédications opératoires dans le service de réanimation et y restent hospitalisées dans les premiers jours des suites opératoires.

# ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION

La veille au soir de l'intervention, nous donnons à la malade deux comprimés de phénergan (dosés à 0,025 g) et deux comprimés de largactil (dosés à 0,025 g).

Une heure avant l'intervention, nous injectons par voie intra-musculaire :

Une ampoule de largactil (0,025 g);

Une ampoule de dolosal (0,10 g);

Une ampoule d'atropine (1/4 mmg).

Tout de suite après, nous installons une perfusion intraveineuse :

Sérum physiologique, un flacon, contenant : 1 g de novocaïne, 5 cg de spartéine.

Cette perfusion nous permet d'avoir durant toute l'intervention une veine à notre disposition.

L'anesthésie de départ est réalisée par une injection intraveineuse de nesdonal.

L'entretien se fait en alternant selon les besoins le protoxyde d'azote et l'éther en circuit semi-ouvert d'une part, et le nesdonal d'autre part.

L'oxygénation de la malade est évidemment bien surveillée durant toute l'anesthésie.

Pendant l'intervention nous remplaçons à la demande le sérum physiologique de la perfusion par du sang isogroupe. La quantité de sang administrée dépend de la quantité de sang perdue et appréciée par **la pesée des compresses** (les chiffres que donne la pesée varient de 300 à 800 g de sang perdu) Disons tout de suite, à ce propos, que le temps hémorragique est celui du décollement rétropubien de la vessie.

Ajoutons que dans les cas de chute de tension artérielle, nous avons utilisé avec de très bons résultats l'heptamyl intramusculaire.

# TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention que nous allons décrire est quelque peu différente de celles qui furent pratiquées au début.

Elle est le résultat de perfectionnements qui ont été apportés avec l'expérience acquise et en fonction des résultats obtenus.

Quand nous relaterons les observations, nous mentionnerons à chaque fois les particularités de technique pour bien montrer dans quel sens l'évolution s'est faite.

Nous distinguons deux temps opératoires bien distincts :

— Le temps aseptique qui est le temps du choix de l'anse intestinale et de la préparation du greffon ;

— Le temps septique, qui est celui de l'anastomose iléo-vésicale et de la réalisation du néo-urètre.

Si l'urographie intraveineuse a montré une dilatation pyélo-urétérale par sténose de l'uretère terminal au niveau de la fistule, la réimplantation urétérale dans la calotte vésicale peut être indiquée. Elle est réalisée dans une intervention préalable à l'iléo-cysto-urétroplastie. Sa technique ne sera pas décrite ici.

## I. — LE TEMPS ASEPTIQUE

Laparotomie sous-ombilicale.

- Choix de l'anse grêle. Celle-ci doit mesurer 20 à 25 cm et être prélevée sur l'iléon ou le jejunum terminal à l'endroit qui paraît le plus favorable à la descente ultérieure du greffon, pour l'anastomose avec la vessie et la constitution du néo-urètre.

Il faut tenir compte également de la vascularisation.

Isolement de l'anse choisie par section au bistouri électrique après mise en place des pinces de Kocher (fig. 6).

Constitution d'un pédicule mésentérique et pour que la mobilisation et la descente du greffon intestinal soient plus aisées et pour réduire les risques de thrombose, nous pratiquons sur l'anse prélevée une résection supplémentaire bilatérale après ligature de proche en proche des vaisseaux courts de l'intestin, tout près du bord mésentérique de celui-ci (fig. 7).

Rétablissement de la continuité intestinale par anastomose aseptique termino-terminale au-dessus du greffon prélevé (fig. 8), ou anastomose, en deux plans, termino-terminale ou latéro-latérale.

— Extrapéritonisation de l'anse et suture étanche mais non trop serrée du péritoine autour du pédicule mésentérique (fig. 9).

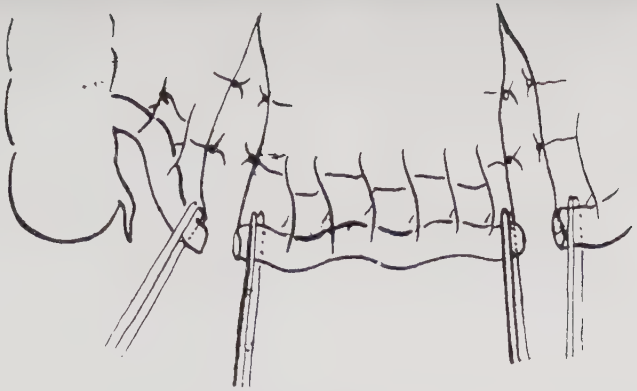

**Fig. 6** – Prélèvement classique d'une anse grêle.

**Fig. 7.** Résection supplémentaire bilatérale.

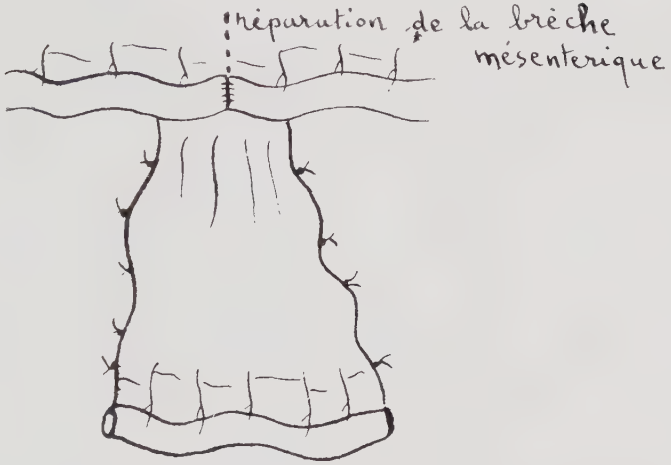


**Fig. 8.** Rétablissement de la continuité intestinale. Forme et largeur du pédicule mésentérique.

**Fig. 9.** Extrapéritonisation de l'anse.

## II. — LE TEMPS SEPTIQUE

A ce moment, l'incision pariétale est complétée jusqu'au pubis, avec si nécessaire petite désinsertion des grands droits. Le meilleur mode d'écartement de la paroi est la fixation par des crins doubles aux parties cutanées voisines. Un très bon accès sur toute la région rétropubienne est indispensable.

Décollement rétropubien de la vessie au tampon monté en assurant au fur et à mesure une hémostase soigneuse par électrocoagulation (fig. 10).

— Au terme du décollement rétropubien, on parvient sur la fistule qui est ouverte. On l'expose bien en pratiquant, toujours par voie haute, un clivage intervésico-vaginal postérieur. Le décollement vésical latéral droit et gauche est également complété de façon à pouvoir réaliser aisément un retournement vésical (3) (fig. 11). Ces derniers temps sont souvent très hémorragiques et le suintement veineux demande une hémostase rigoureuse par électrocoagulation. Quelques ligatures au fil de lin peuvent également être nécessaires.

La fistule étant bien exposée, on fend la vessie sur la ligne médiane dorsale à partir de la fistule de façon à mettre à plat la paroi vésicale. Repérage des méats urétéraux qui sont souvent situés sur le bord inférieur de la fistule, et mise en place immédiatement des sondes urétérales (fig. 12).

Aspiration de l'anse exclue et nettoyage au tampon monté imbibé de mercurochrome.

— L'anse étant placée dans le sens du péristaltisme (l'antipéristaltisme a aussi été essayé), incision sur le bord libre du greffon dans sa moitié supérieure de façon à réaliser un orifice d'abouchement correspondant à la vessie étalée (fig. 13).

Le greffon est rapproché de la vessie et plusieurs points non résorbables (3 ou 4) fixent sa région moyenne au-dessous

de la partie ouverte, à la zone inférieure du décollement intervésico-vaginal ou utérin.

— Les sondes urétérales sont introduites dans le greffon et ressortent par le bout formant néo-urètre. L'anastomose iléo-vésicale est alors réalisée par une rangée de points séparés au catgut chromé (fig. 14) en commençant par le bord vésical et le bord iléal en contact. La suture se poursuit au bord inférieur de la vessie puis sur le bord opposé et se termine au niveau de l'extrémité supérieure. On peut également faire glisser les sondes urétérales dans une sonde de Pezzer introduite par le néo-urètre jusque dans la néo-vessie.

Plissement longitudinal et transversal du fragment d'iléon restant qui constituera le néo-urètre, pour améliorer la continence (fig. 15). Ce plissement, si on le fait, doit être très prudent pour ne pas être une cause de sphacèle. Le néo-urètre iléal est alors descendu dans le vagin par l'ancienne brèche vésico-vaginale et il est intubé dans l'ancien urètre après élargissement de celui-ci par une double incision latérale. Fixation du néo-méat à l'ancien par plusieurs points de fil de lin ou d'acier.

— Contre-incisions latérales abdominales droite et gauche en dehors des grands droits et mise en place de drains latéro-vésicaux. Aspiration sur ces drains pendant deux jours environ et sur les sondes urétérales qui sortent par le nouveau méat pendant une dizaine de jours (fig. 16).

Réfection de la paroi abdominale, fils d'acier sur l'aponévrose, crins sur la peau.

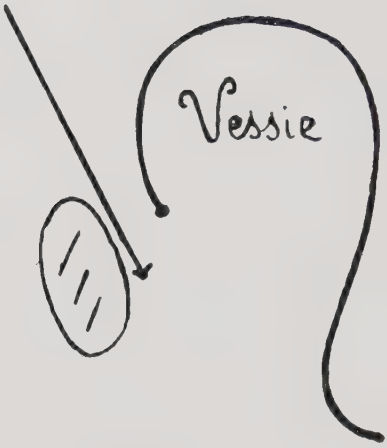


Fig. 10. — Décollement rétro-pubien.

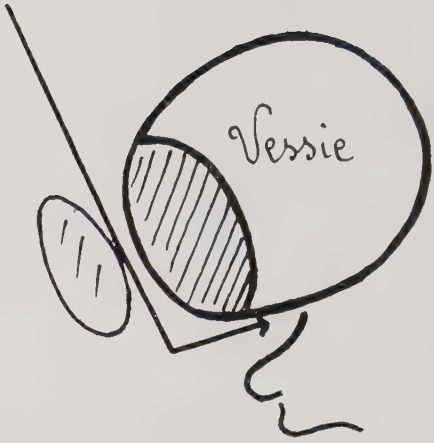


Fig. 11. — Bonne exposition de la fistule après clivage intervésico-vaginal postérieur et retournement vésical.

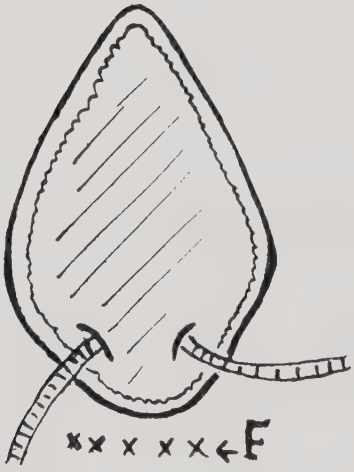


Fig. 12. — Vessie largement ouverte, cathétérisme des uretères.

F : premiers points de fixation avant l'anastomose proprement dite.

Fig. 13. — La moitié supérieure de l'anse est ouverte pour l'anastomose iléo-vésicale.

La moitié inférieure constituera le néo-urètre.

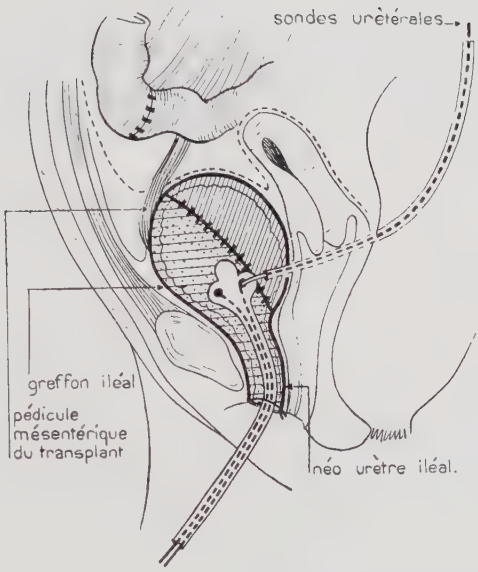


**Fig. 14.** — Schéma général de l'Iléo-cysto-urétroplastie.

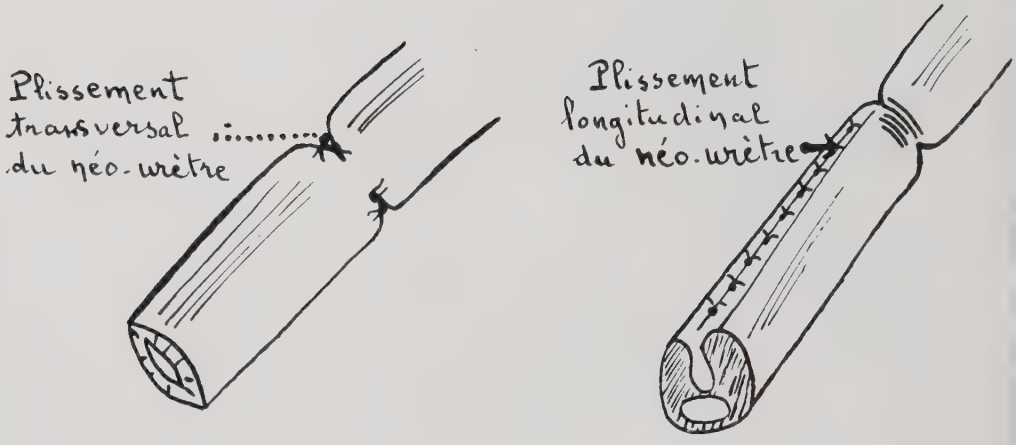


**Fig. 15.** — Essais de sphinctérisation qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

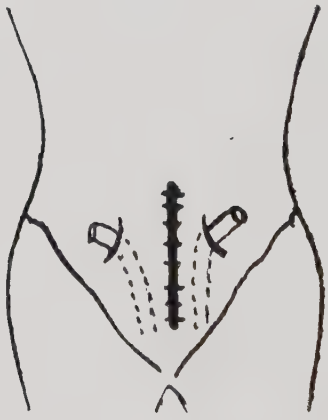

**Fig. 16.** — Suture de la paroi : fils d'acier sur l'aponévrose Drainage par 2 contre-incisions para-rectales · ces drains descendent dans les espaces de décollement latéraux-vésicaux. On les branche sur l'aspiration jusqu'à arrêt de tout suintement

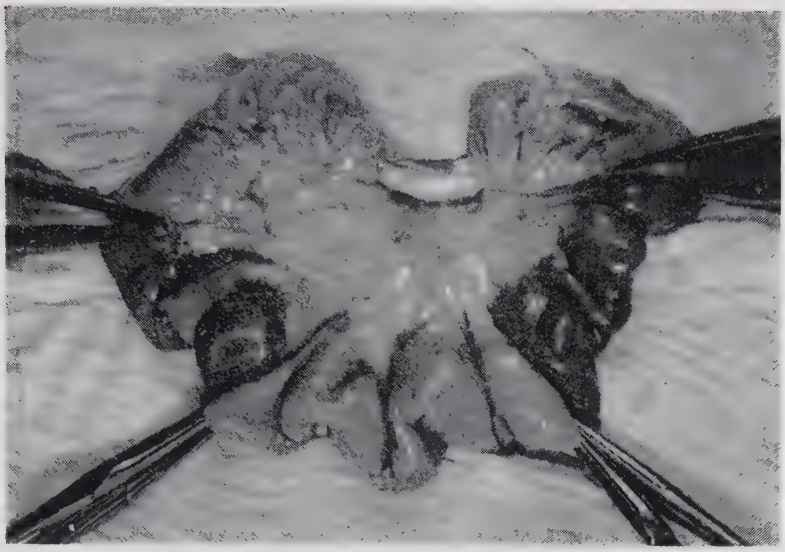

**Fig. 17.** — Préparation d'un pédicule mésentérique de bonne qualité par résection intestinale supplémentaire en amont et en aval du greffon iléal. Les ligatures sont faites le long du bord mésentérique des parties réséquées.

**Fig. 18.** — Aspect du greffon ileal (en bas) et de son pédicule mésentérique après la double résection intestinale.
Rétablissement de la continuité par anatomose (en haut).

**Fig. 19.** — Extrapéritonisation du greffon. Suture du péritoine. On voit la longueur du pédicule mésentérique.

**Fig. 20.** — Préparation de la vessie. Décollement rétro-pubien jusqu'à ouverture de la fistule. Incision du bord postérieur de la fistule à la jonction vésico-vaginale ; le décollement est poursuivi en arrière dans le plan vésico-utérin. On voit ici les uretères cathétérisés et la vessie fendue verticalement à partir de la fistule jusqu'au dôme vésical. Au-dessus, le greffon iléal.

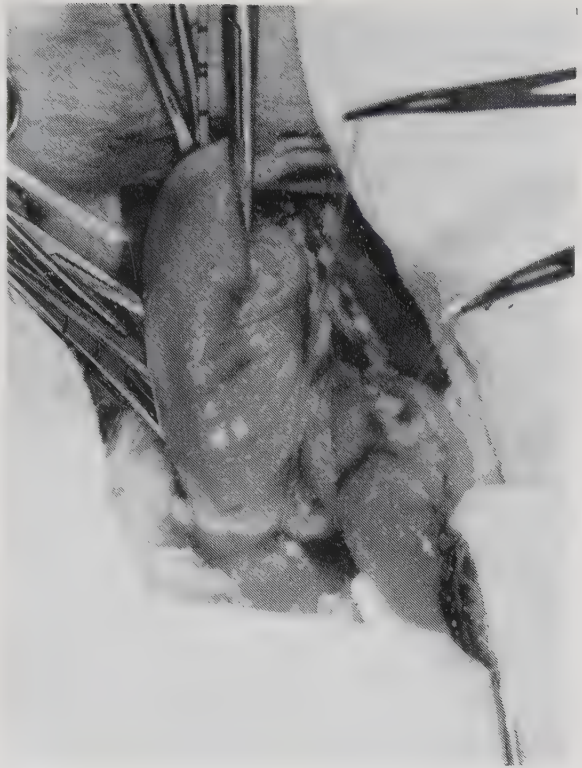

**Fig. 21.** — Mise en place du greffon intestinal. On voit verticalement placée dans la plaie la partie du greffon qui va servir à l'anastomose iléo-vésicale. En bas à droite, la partie descendante sera le néo-urètre iléal. L'intestin est fixé par 3 ou 4 points (que l'on voit ici tendus par les pinces) au-dessous de la vessie au niveau du décollement vésico-vagino-utérin.

**Fig. 22.** — La partie supérieure du greffon a été ouverte sur son bord libre. Elle est ici largement étalée. Début de l'anastomose iléo-vésicale. Des points ont été placés aux deux extrémités de la suture qui réunira le bord latéral gauche de la vessie à l'iléon.

**Fig. 23.** — La suture est poursuivie en bas puis sur le bord droit de la vessie. L'intestin se referme comme un couvercle sur la demi-sphère vésicale postérieure.

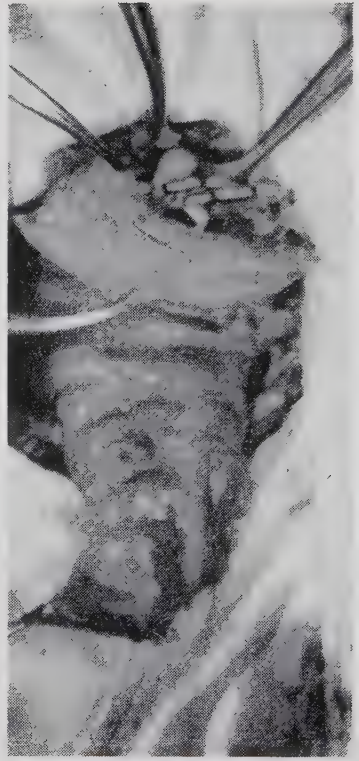

**Fig. 24.** — L'anastomose iléo-vésicale est presque terminée. Une sonde de Malécot a été introduite dans le bout inférieur qui va servir d'urètre. Les deux sondes urétérales sortent par la lumière de cette sonde. Il ne reste plus à faire que la partie toute supérieure de la suture.

**Fig. 25.** — Temps vaginal. Le néo-urètre iléal descend dans le vagin par l'ancienne fistule Il est placé contre la face antérieure du vagin. Le moignon de l'ancien urètre est élargi par incision bilatérale droite et gauche. Intubation du néo-urètre iléal dans l'ancien urètre et fixation au méat par plusieurs points.

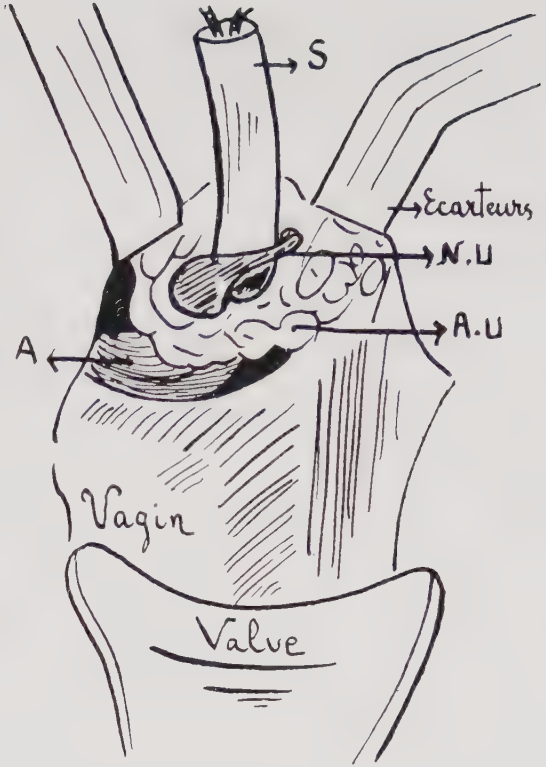


**Fig. 26.** — S.: Sonde contenant les 2 sondes urétérales. - N.U. néo-urètre iléal fixé au méat de l'ancien urètre (A.U.) agrandi pour permettre l'intubation du néo-urètre. - A.: surface de l'anse intestinale descendue dans le vagin.

# OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION n° 1.

(N° 130 du classement général des F.V.V.)

D... S..., 26 ans.

Entre le 13 janvier 1954.

Fistule vésico-vaginale admettant facilement deux doigts avec destruction partielle de l'urètre.

— Intervention le 11 février 1954 (Pr. Letac - Dr Barroux).

Premier temps : retournement vésical type par voie rétro-pubienne.

Deuxième temps :

— Ouverture du péritoine,

— Choix d'une anse iléale à 30-40 cm du cœcum.

— Elle est isolée sur 30 cm environ avec conservation de son pédicule.

— Section de l'anse et rétablissement de la continuité du grêle par anastomose aseptique,

— Cette anse est amenée en position prévésicale,

— Le péritoine est refermé sans serrer autour du pédicule mésentérique,

— Fermeture du bout supérieur de l'anse,

— Le bout inférieur est rétréci par un surjet séro-séreux longitudinal,

— Muni d'une sonde de Malécot, il est descendu dans un décollement prépubien et l'extrémité inférieure est fixée à l'extrémité antérieure de la vulve, au voisinage de l'orifice urétral.

— Fixation de la sonde à la vulve.

En regard de l'orifice vésical, le grêle est ouvert sur une longueur correspondante.

Il est suturé au pourtour de la plaie vésicale par une double rangée de suture :

1° Surjet au catgut-Total sur la vessie et le grêle;

2° Surjet au fil de lin (séreux sur le grêle, musculeux sur la vessie).

Les muscles grands droits sont suturés au catgut autour du néo-urètre iléal prépubien.

Fermeture de la paroi en trois plans. Acier sur l'aponévrose.

— 13 février : rétention importante d'urines depuis quarante-huit heures.

Azotémie : 1,90 g.

Météorisme abdominal

Intervention : Docteur Barroux.

On constate que la sonde néo-urétrale n'est plus dans la vessie. Ponction de la vessie ramenant 300 cc d'urines.

Ouverture du bout iléal supérieur à l'endroit où il avait été suturé. Le doigt ne pénètre pas facilement dans la vessie. On en conclut que la rétraction adhérentielle due à la présence de la séreuse est considérable. On finit par réintégrer la sonde néo-urétrale dans la vessie.

Par mesure de sécurité une autre sonde est placée dans la vessie en passant par le bout iléal supérieur.

L'iléon est fermé en bourse autour de la sonde.

Antibiotiques. Fermeture.

La suture péritonéale un instant désunie par lâchage de quelques fils est aussitôt refermée.

Anesthésie tumultueuse : la malade pousse, s'arrête de respirer un instant.

— 14 février, dans la soirée :

Alors que tout allait bien jusque-là, absence d'urines.

Sans anesthésie et sans bouger la malade : ablation deux crins. Ouverture du bout iléal de la vessie. Les deux sondes : celle du bas néo-urétrale et celle du haut placée en manière de cystostomie sont bien en place Il ne s'agit pas d'une nouvelle rétention. La malade est anurique.

Pour faciliter une vérification permanente, les bords de l'iléon sont cousus à la peau.

Etat grave. Pouls très mauvais. T.A. faible.

Par la suite : amélioration progressive; chute du taux de l'urée dans le sang.

— 1er mars : azotémie 0,50 g.

— 25 mars : syndrome occlusif.

— 26 mars 1954 : intervention : Docteur Barroux.

Incision médiane sous-ombilicale et sus-ombilicale. Péritonite plastique avec adhérences généralisées rendant impossible toute exploration et libération du grêle.

Des essais de décollement ouvrent dans la fosse iliaque droite une anse qui paraît être l'une des dernières anses iléales. Une sonde de Pezzer qui sort par une contre-incision du flanc droit réalise une iléostomie.

Antibiotiques.

Contre-incision gauche avec deux autres drains.

— Dans les jours suivants : amélioration de l'état général.

Puis, de nouveau : aggravation. Varicelle.

La malade meurt le 31 mars.

— Protocole de nécropsie : Pr Letac.

Péritonite plastique très étendue. Hématome sous péritonéal de la fosse iliaque gauche.

Foie très pâle.

Poumons congestifs.

50 cc de liquide citrin dans le péricarde.

Les uretères ne sont pas dilatés mais les reins sont scléreux et pâles.

La vessie et le néo-urètre sont d'aspect normal.

— Résultat de l'examen anatomo-pathologique :

Foie : toxi-infectieux avec des plages de stéatose et même de

nécrose à prédominance plutôt périportale. Par endroits, constitutions de véritables micro-abcès.

Reins : assez nombreuses images de glomérulite subaiguë, coulées d'infiltrat interstitiel avec, à leur niveau, images de sclérose glomérulaire à point de départ capsulaire et atrophie tubulaire.

Les lésions épithéliales des tubes contournés semblent partiellement d'ordre cadavérique, cependant nombre d'entre elles paraissent en relation avec une nécrose aiguë.

Poumons : phénomènes congestifs essentiellement, avec quelques images d'alvéolite hémorragique.

Anse grêle : conserve une structure normale et n'est inflammatoire qu'au niveau de l'abouchement cutané, mais ici il existe également des aspects inflammatoires aigus en rapport avec la varicelle présentée par le sujet.

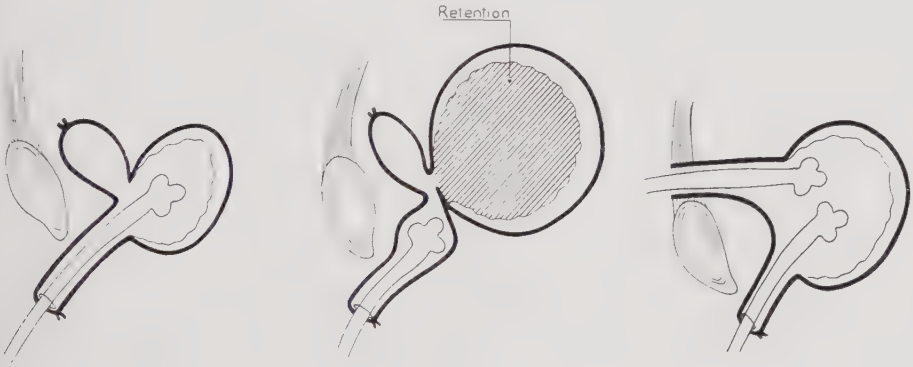


**Fig. 27.** — **1)** (à gauche) : Intervention : Fistulo-anastomose simple. Le bout iléal supérieur a été fermé. Le bout iléal inférieur forme le néo-urètre. — **2)** (Au centre) : Accident post-opératoire : La sonde est sortie de la cavité vésicale. Rétention d'urine. — **3)** (à droite) : Traitement par dilatation au doigt des orifices iléo-vésicaux. La sonde urétrale est remise dans la vessie. Une sonde de sécurité est placée dans le bout iléal supérieur.

OBSERVATION n° 2 (F.V.V. n° 131)

D... D..., 20 ans.

Entre le 30 janvier 1954.

Fistule intéressant le col vésical (3 cm sur 5 cm); urètre ouvert à 2 cm du méat dans le vagin.

— Intervention le 17 février 1954. Pr. Letac.

Retournement vésical. La fistule est découverte et amenée en position hypogastrique. L'uretère gauche s'abouche sur la tranche fistuleuse, l'uretère droit dans le vagin. La vessie est réduite à une circonférence plane de 5 cm de diamètre.

— Ouverture du péritoine.

Changement de gants et instruments.

Isolement d'une anse grêle de 20 cm de long.

Anastomose aseptique termino-terminale : 1 plan (lin).

L'anse isolée est laissée en arrière.

Fermeture du péritoine : l'anse isolée et son méso sortent par une brèche inférieure.

— Confection de l'urètre en plissant l'anse sur sonde de Nelaton.

Le néo-urètre est introduit dans le moignon de l'ancien urètre.

Avivement de l'orifice externe de l'urètre et suture en quatre points de l'intestin à cet orifice.

Des sondes urétérales sont placées dans les uretères, une grosse à gauche, une petite à droite.

Ouverture latérale de l'anse intestinale.

Suture par deux points en U à l'extrémité inférieure autour de l'uretère gauche; puis surjet total, le tout au catgut chromé n° 0.

L'uretère droit est implanté dans l'anse intestinale.

Les deux sondes urétérales sortent par l'extrémité supérieure de l'anse iléale qui fait office de cystostomie.

Paroi : fil d'acier.

Sulfamides et antibiotiques.

Drain avec aspiration dans la région paravésicale droite.

Sonde rectale.

Suites opératoires : urée sanguine se maintenant autour de 1 g.

— Le 31 mars 1954. Azotémie : 0,30 g.

— Le 6 avril 1954. Intervention. Pr. Letac.

Incision des bords de l'iléocystostomie.

On pénètre dans la néo-vessie qui est très vaste, mais séparée en deux par un diaphragme.

Il existe aussi un diaphragme entre la cavité vésicale et le néo-urètre : on le sectionne.

Fermeture de l'iléon : deux plans (catgut).

Paroi : deux plans (fils d'acier en X).

Sonde urétrale.

— Le 13 avril 1954. Le néo-urètre iléal s'est sphacélé dans son trajet à travers le moignon de l'ancien urètre. Il pend maintenant dans le vagin en avant du col utérin. La muqueuse iléale est rosée et légèrement œdémateuse.

Cathétérisme facile : urines un peu muqueuses.

— Le 25 avril 1954. La malade urine à volonté et ne perd pas la nuit.

— Sortie : le 12 juin 1954.

— Le 1er janvier 1955. La malade revient pour contrôle. Très bon résultat fonctionnel. Continence parfaite. Miction en jet et à la demande.

— Le 15 janvier 1955. Sortie.

Fig. 28

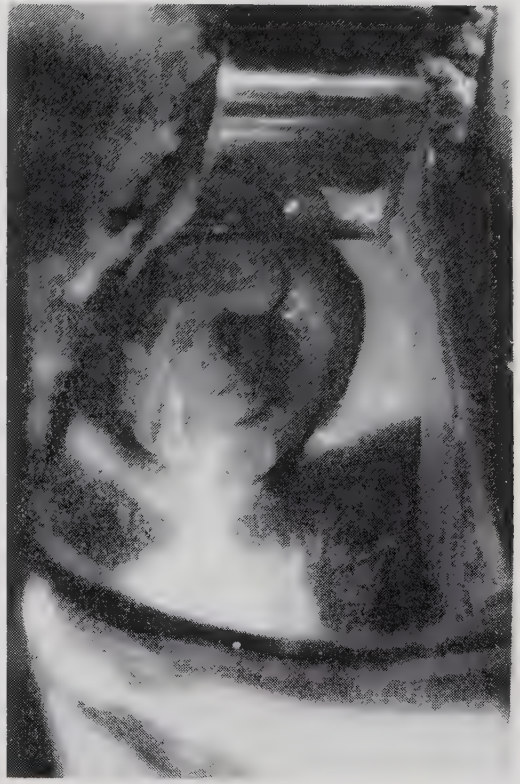

Fig. 29

Aspects du néo-urètre iléal au fond du vagin (Observation n° 2)

OBSERVATION n° 3 (F.V.V. n° 132)

D... N'D..., 16 ans.

— Entre le 24 mars 1954.

— Atrésie vaginale importante. La fistule vésico-vaginale n'est pas accessible à l'examen. Urètre restant : 2 cm.

— Intervention le 8 avril 1954. Dr Barroux.

Temps péritonéal, choix de l'anse, section, rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale en deux plans, fermeture du péritoine.

Temps sous-péritonéal : retournement vésical facile.

Anastomose surjet catgut chromé avec l'anse iléale.

Protection en arrière par un second surjet fil de lin.

Préparation du néo-urètre. Mise en place dans le moignon d'urètre élargi et cureté.

L'anse iléale fait un coude en avant de la première anastomose. Iléo-iléostomie complémentaire pour que le départ de l'urètre soit bien déclive. Antibiotiques. Deux drains. Fermeture en deux plans. Fil d'acier sur l'aponévrose.

— Très bonnes suites opératoires.

— Le 23 avril 1954 : la plastie iléale ne s'est pas sphacélée dans le trajet de l'ancien urètre.

L'orifice du néo-urètre est donc en bonne place.

Le cathétérisme par une sonde de Pezzer est facile et vide un peu d'urines. Le lavage vésical montre qu'il existe un résidu muco-purulent. La plaie abdominale est bien cicatrisée. A noter que le vagin est extrêmement rétréci, comme il l'était d'ailleurs avant l'intervention.

— Le 28 mai 1954. Le vagin n'admet que l'extrémité d'une grosse pince sur 5 à 6 cm. Le néo-urètre iléal est en bonne place, le greffon intestinal étant resté à l'intérieur de l'ancien urètre. Cathétérisme très facile. Urines très claires. Sent le besoin d'uriner. Miction en jet.

Le 9 juillet 1954. Malade continente. Bon fonctionnement du néo-urètre. Atrésie presque complète du vagin.

— Le 10 juillet 1954. Sortie.

— Le 8 novembre 1954. La malade revient pour contrôle. Atrésie vaginale totale.

Par ailleurs, la malade est continente et urine normalement.

Le 5 décembre 1954. Sortie.

OBSERVATION n° 4 (F.V.V. n° 133)

D... C..., 15 ans.

— Entre le 18 mars 1954.

Fistule vésico-vaginale admettant un doigt avec destruction quasi-complète de l'urètre. Fistulette recto-vaginale.

— Intervention le 9 avril 1954. Pr. Letac.

Iléo-cysto-urétroplastie.

— Suites opératoires : bonnes. Sphacèle du bout iléal qui avait été passé à travers l'ancien urètre.

— Le 31 mai 1954. Intervention. Dr Barroux. Fermeture de la fistulette recto-vaginale.

— Le 15 juin 1954. L'injection de liquide coloré dans la vessie montre une fistulette résiduelle à droite et en haut du cul-de-sac anse intestinale-vagin.

— Le 17 juillet 1954. Intervention. Pr. Letac.

Voie sus et rétro-pubienne.

La fistulette se trouve à la jonction iléo-vésicale (lâchage probable d'un point).

Fermeture très aisée en deux plans (catgut-fils d'acier).

On ouvre la cloison vaginale pour qu'un drainage s'effectue.

A noter la parfaite souplesse des anses iléales et l'absence de toute sclérose à leur niveau, malgré l'accolement correct à la symphyse.

— Le 20 octobre 1954. La malade ne perd plus d'urines en position couchée, mais perd toujours un peu debout.

— Le 23 octobre 1954. La malade sort et déclare se trouver nettement améliorée.

— La malade revient pour contrôle le 22 janvier 1955.

Le néo-urètre est libre dans le vagin.

Même état fonctionnel : la vessie est partiellement continente, et la malade perd surtout quand elle passe de la position couchée à la position debout.

— On se propose d'intervenir pour améliorer cette malade.

— Le 26 février 1955. Intervention. Pr. Letac.

Incision sus-pubienne.

Dégagement de la néo-vessie.

Anastomose iléo-iléale latéro-latérale pour établir une communication large entre un cul-de-sac (probablement le bout supérieur du greffon iléal prélevé) et le reste de la poche iléo-vésicale qui se continue avec le néo-urètre.

On découpe une lanière de muscle grand droit que l'on passe en cravate au-dessous du néo-urètre.

L'extrémité de la bandelette musculaire est fixée à l'aponévrose du grand droit opposé en donnant une certaine tension pour soulever le néo-col vésical.

Plissement longitudinal du néo-urètre sur 3 cm environ.

Petit drain latéral gauche par une contre-incision.

— Le 9 avril 1955. La malade quitte l'hôpital, améliorée, mais perdant toujours un peu.

— Rehospitalisée le 1er août 1955. Incontinente, elle perd ses urines en position debout. Le bout iléal est béant et prolabé dans le vagin. Trajet urétral très court (2 cm). Bonne capacité vésicale (150 cc) montrant que l'incontinence n'est pas totale.

— Le 25 août 1955 (Dr Barroux).

Incision circulaire à la jonction muqueuse iléale-muqueuse vaginale.

Le bout iléal est désinvaginé. Cette libération lui redonne environ 6 cm. de longueur. Comme il n'existe plus aucun reste de l'ancien urètre, une incision des parties molles rétro-pubiennes est faite à la partie antérieure de la vulve. Un trajet est ainsi créé dans lequel on intube l'extrémité de l'anse iléale qui est suturée à la muqueuse vulvaire pour former un nouveau méat. Le montage ainsi réalisé permet la continence, la vessie étant remplie à 350 cc.

— Bonnes suites opératoires.

Capacité vésicale de 400 cc.

La miction se rééduque, assez rapidement.

— Sortie le 18 octobre 1955. Mictions normales.

Bon résultat.

**Fig. 30.** — Suites d'iléo-cysto-urétroplastie (Observation n° 4). Le greffon iléal faisant office d'urètre a été passé à travers l'ancien urètre. On voit ici le bout dépassant l'ancien méat : ce bout est en voie de nécrose.

OBSERVATION n° 5 (F.V.V. n° 134)

D... P..., 20 ans.

— Entre le 24 mars 1954.

— Enorme fistule urétro-cervico-vésico-vaginale.

Urètre restant : 2 cm.

— Intervention le 17 avril 1954. Dr Barroux.

1° Le temps péritonéal est fait en premier. Le greffon est extrapéritonisé et le péritoine suturé d'une manière aussi étanche que possible;

2° Temps sous-péritonéal : retournement vésical difficile. L'orifice fistuleux est immense, occupant tout le vagin antérieur.

Les bords sont scléreux et fixés au cadre ischiopubien. Suintement hémorragique assez abondant.

Hémostase par ligature et électrocoagulation.

Les orifices urétéraux ne sont pas vus.

Il devient nécessaire de rechercher les uretères au détroit supérieur par voie extrapéritonéale.

L'uretère droit est d'apparence normale. Il est réimplanté dans la vessie.

L'uretère gauche est gros comme un doigt. Sa lumière a 7 mm de diamètre environ. Sa paroi est épaisse et scléreuse.

A noter que ces lésions sont beaucoup plus importantes qu'il n'avait semblé à l'urographie intraveineuse.

Cet uretère est également réimplanté dans la vessie.

Plastie proprement dite :

Confection de l'urètre par rétrécissement de l'iléon sur sonde.

Anastomose vésico-iléale par points séparés au catgut chromé en un plan.

Drains dans le décollement.

Paroi au fil métallique.

Réanimation peropératoire :

350 cc de sang, deux flacons de subtosan.

Tension artérielle bien maintenue pendant toute l'intervention. En fin d'intervention, chute temporaire de la maxima à 7 et retour à la normale en une demi-heure.

— Deux heures après l'intervention, alors que la malade avait été laissée sur la table d'opération sous surveillance : syncope brutale et décès en dépit d'un massage cardiaque.

Protocole nécropsique :

Foie un peu gros et dur à la coupe.

Rate légèrement scléreuse.

Les deux reins sont macroscopiquement altérés : un peu ternes et jaunâtres à leur surface.

La coupe montre des zones de sclérose.

— Examen anatomo-pathologique.

Foie : images de choc avec ectasie de tout le système veineux, plus spécialement sus-hépatique.

Rein : néphrite de type ascendant, avec larges coulées inflammatoires au niveau desquelles le parenchyme est profondément altéré (glomérules scléreux, tubes atrophiés).

Entre ces coulées, au contraire, le parenchyme est subnormal

Rate : congestive.

Vessie : cystite subaiguë à muqueuse érodée, œdématiée, peuplée d'éléments inflammatoires polymorphes. Pas d'œufs de bilharzies décelés.

Cœur : congestion et œdème interstitiels.

Fibres myocardiques hypertrophiées, parfois hyperplasmiques, souvent anysocaryotiques. Infiltrat inflammatoire chronique, surtout dans la région sous péricardique. Pas d'altération endocardique.

OBSERVATION n° 6 (F.V.V. n° 135).

S... A..., 20 ans.

— Entre le 27 avril 1954.

— Fistule rétro-pubienne de 1,5 cm sur 1, 5 cm, peu scléreuse. Urètre absent.

Intervention le 19 mai 1954. Pr. Letac.

Iléo-cysto-urétroplastie : Faute de moignon urétral on laisse pendre dans le vagin le bout inférieur de l'anse prélevée.

— Le 28 mai. Résection d'une partie de l'iléon sphacélé.

— Le 14 septembre 1954. Le moignon iléal est réduit à son minimum: il se présente sous la forme d'un orifice à revêtement muqueux situé dans le fond du cul-de-sac antérieur au contact du pubis.

Le cathétérisme est trop facile, et on n'obtient que quelques cc d'urine contenant du mucus.

— Le 13 octobre 1954. La malade perd debout, mais en position couchée, elle sent le besoin et alors prend son bassin.

— La malade sort le 13 octobre 1954 et s'estime améliorée.

— Elle revient pour contrôle le 14 janvier 1955 : Même état anatomique et même état fonctionnel.

— Le 1er mars 1955. Reprise d'iléo-cystoplastie. Intervention. Pr. Letac.

*a*) Temps septique : on constate qu'il ne reste pratiquement plus d'iléon jouant le rôle d'urètre.

*b*) Temps aseptique : changement de gants et d'instruments. prélèvement d'une anse en enlevant l'ancienne anastomose et avec résection unilatérale complémentaire en amont. Anastomose iléo-iléale aseptique. Extra-péritonisation.

*c*) Temps septique : ouverture de l'anse dans sa moitié supérieure. Rétrécissement par surjet de sa moitié distale.

Anastomose iléo-vésicale (points séparés : catgut chromé).

Néo-urètre glissé dans le vagin.

— Le 22 mars 1955. Le néo-méat très large est situé très haut derrière le pubis.

Aucune amélioration fonctionnelle depuis la dernière intervention : la malade perd toujours debout et ne sent le besoin que couchée.

— Elle sort le 31 mars 1955 et on lui demande de revenir au bout de quelques mois.

— Entre à nouveau le 30 août 1955 (Dr Barroux). Le vagin est très atrésié et scléreux. La cloison vaginale antérieure a complètement disparu. Le col utérin est presque au contact de la symphyse pubienne.

Même sous anesthésie on n'arrive pas à voir l'orifice néo-urétral caché entre le col et la symphyse.

Il n'y a pas de segment iléal d'une certaine longueur dans le vagin. L'orifice néo-urétral senti au doigt est punctiforme et scléreux.

Cathétérisme sous le contrôle du doigt.

Capacité vésicale de 240 cc.

L'état fonctionnel paraît satisfaisant : Ne perd pas la nuit. Ne perd pas en position debout. Sent le besoin. Quatre à cinq mictions par jour. Ces mictions sont un peu longues, sans jet (1 à 2 minutes). Ne peut plus se retenir longtemps à partir du moment où elle ressent le besoin de mictionner. « Voudrait pouvoir se retenir. »

On peut néanmoins considérer qu'il s'agit d'un bon résultat. D'ailleurs, étant donné l'état anatomique actuel, il est difficile de proposer une action chirurgicale quelconque.

OBSERVATION n° 7 (F.V.V. n° 136).

N... S... (17 ans).

— Entrée le 13 avril 1954.

—Fistule de la région du col vésical admettant facilement trois doigts et destruction partielle de l'urètre.

— Intervention le 30 juin 1954. Pr. Letac.

Prélèvement classique de l'anse intestinale et rétablissement de la continuité par anastomose aseptique. Retournement vésical pénible.

Cathétérisme des uretères et les sondes sont introduites dans une sonde de Malécot intra-néo-urétrale.

La vessie est largement fendue.

Anastomose iléo-vésicale (un plan : surjet catgut chromé).

Fermeture du bout supérieur iléal.

Le bout inférieur est introduit dans l'urètre restant avivé et élargi.

A partir de cette intervention on suture entièrement l'incision médiane et on draine par deux drains passant par deux contre-incisions latérales, les espaces latéro-vésicaux.

Aspiration sur ces deux drains.

— Suites opératoires : très bonnes.

— Le 14 septembre 1954. Très bon résultat anatomique : Le greffon est bien intubé dans l'ancien urètre.

Au point de vue fonctionnel, la malade dort sans son bassin et perd très peu en position debout. Elle éprouve des sensations de besoin et les mictions se font alors en goutte à goutte.

— La malade sort bien améliorée le 10 octobre 1954.

— Elle revient pour contrôle le 12 janvier 1955 :

La malade est contente. Elle perd très peu mais ses mictions se font toujours en goutte à goutte.

Le néo-urètre est facilement cathétérisable.

Les urines contiennent toujours du mucus.

Légère atrésie vaginale.

— Le 12 février 1955. Intervention en vue d'améliorer encore l'état de la malade. Pr. Letac.

Excision d'un triangle de muqueuse vaginale et rapprochement des deux lèvres muqueuses au fil d'acier (points séparés), suture

de la néo-muqueuse urétrale qui a perdu son aspect intestinal à la muqueuse vaginale reconstituée.

— Le 10 mars 1955. Bon résultat anatomique et bon résultat fonctionnel. La malade peut, à la demande, en se contractant, émettre une certaine quantité d'urine.

— La malade sort, très satisfaite, le 11 mars 1955.

— L'urographie intra-veineuse montre une amélioration des images pyélo-calicielles.

OBSERVATION n° 8 (F.V.V. n° 137).

D... M..., 17 ans.

— Entre le 14 avril 1954.

— Destruction de la cloison vésico-vaginale avec large fistule Urètre restant 2 cm. Deux fistules recto-vaginales. Déchirure complète du périnée.

— Intervention le 16 juillet 1954. Pr. Letac.

L'anse iléale isolée est mal nourrie et se cyanose.

On l'abandonne et on prend une anse plus haut située.

Anus iliaque gauche de dérivation sur tube de verre.

Transposition hypogastrique de la fistule en décollant au minimum les bords latéraux de la vessie (ce qui rend la suture iléo-vésicale difficile).

Cathétérisme des deux uretères, suture iléo-vésicale.

Fermeture du bout supérieur de l'anse, et le bout inférieur est fixé à l'urètre restant fendu.

— Très bonnes suites opératoires.

— Le 14 septembre 1954. Bonne reconstitution de la paroi vaginale antérieure par le greffon prolabé.

Large néo-méat (1 cm sur 5 mm).

Perd dans toutes les positions.

— Le 25 septembre 1954. Intervention. Dr Barroux.

Cure des fistules recto-vaginales et de la déchirure complète du périnée.

On en profite pour diminuer un peu les dimensions du néo-méat iléal.

— La malade sort le 19 octobre 1954.

Elle revient pour contrôle le 3 janvier 1955 :

La malade est améliorée en ce sens qu'elle ne perd plus que couchée sur le dos.

Les fistules recto-vaginales étant guéries, on décide de fermer l'anus iliaque, et de profiter de cette petite intervention pour essayer d'améliorer encore l'état de la malade.

— Le 1er février 1955. Intervention. Pr. Letac.

*a*) Fermeture intrapéritonéale de l'anus iliaque en deux plans catgut-acier.

*b*) Incision médiane sus-pubienne excisant la cicatrice.

Décollement aisé de la néo-vessie et du néo-urètre.

Plicature du néo-urètre sur sonde en plusieurs plans (acier).

Drains latéro-vésicaux (aspiration : 48 heures).

— Le 22 février 1955. La malade garde ses urines jusqu'à un volume de 100 cc: à ce moment elle va uriner, sinon elle commence à perdre.

— Le 3 mars 1955. Intervention. Pr. Letac.

Par voie vaginale : excision d'un losange de muqueuse vaginale. Suture au fil d'acier.

Le rétrécissement ne paraît pas suffisant et on complète par une plastie vaginale allongeant l'urètre de 2 cm (2 plans fils d'acier) sur sonde de Pezzer.

— Le 18 mars 1955. La malade retient ses urines jusqu'à un volume de 150 cc et ensuite commence à perdre (capacité vésicale, 300 cc).

En se soumettant à ces mictions fréquentes, la malade est toujours propre et sèche.

— La malade sort de l'hôpital satisfaite.

OBSERVATION n° 9 (F.V.V. n° 138).

D... M..., 20 ans.

Entre le 26 juin 1954.

— Fistule centrée sur le col vésical admettant un doigt. Urètre restant : 2 cm. Légère atrésie vaginale.

— Intervention le 21 juillet 1954. Pr. Letac.

Vains essais de traitement par voie basse avec réimplantation de l'urètre.

Une iléo-cysto-urétroplastie est entreprise mais l'anse trop courte est difficile à abaisser.

Elle est anastomosée à la vessie à son extrémité supérieure et abouchée à la peau hypogastrique à son extrémité inférieure laissant passer les deux sondes urétérales.

Drain latéro-vésical sortant par le vagin : aspiration pendant trois jours.

— Suites opératoires. La malade perd de nouveau ses urines par le vagin. Il existe une fistule au niveau de la suture iléo-vésicale.

— Le 6 août 1954. Deuxième intervention. Pr. Letac.

Libération de l'anse intestinale et la vessie.

La déhiscence inférieure par où s'écoulait l'urine dans le vagin est suturée au fil d'acier.

Descente de l'anse en position vaginale.

Deux sondes urétérales sortent par une sonde de Pezzer au niveau du néo-urètre.

— Le 17 août 1954. Sphacèle de l'extrémité de l'anse. Ablation de la zone sphacélée.

— Le 23 octobre 1954. Il n'y a plus de trajet urétral.

Le néo-méat est très large.

La malade perd un peu dans toutes les positions mais surtout dans la position debout.

— La malade sort de l'hôpital le 13 novembre 1954.

Mauvais résultat.

N'a plus été revue depuis.

OBSERVATION n° 10 (F.V.V. n° 139).

T... K..., 24 ans.

— Entre le 28 juin 1954.

— Fistule cervico-urétrale de 2 cm sur 2 cm. Urètre restant : 1 cm. Deux fistules recto-vaginales à 1 cm et à 8 cm de l'anus.

— Intervention le 23 juillet 1954. Pr. Letac.

Prélèvement classique d'une anse.

Création d'un anus iliaque gauche de dérivation.

Décollement rétro-pubien.

La fistule vient bien : on ne voit pas le col utérin enfoui sous la sclérose mais on découvre la F.R.V. haute. On en fait la suture en deux plans (acier, points séparés).

Anastomose iléo-vésicale : en un plan, catgut chromé.

Fermeture du bout supérieur de l'anse.

Les urétères sont sur le bord vésical et difficiles à trouver.

L'anse efférente est mise à la peau hypogastrique laissant passage aux sondes urétérales et à une sonde de Malécot intra-vésicale.

— Deuxième intervention le 17 septembre 1954. Dr Bârroux.

Depuis la première intervention rien ne sort par l'iléo-cystostomie. Toutes les urines passent dans le vagin.

1° Libération de l'iléocystostomie des plans superficiels.

Libération du greffon.

Allongement de son méso par deux petites sections du bord mésentérique entre deux ligatures.

Repérage des orifices par où sortaient les urines et qui sont situés sur l'anse iléale. Fermeture de ces orifices en plusieurs plans au fil d'acier.

2° Descente de l'anse dans l'urètre élargi et avivé.

Fixation de l'iléon à l'ex-urètre par une couronne de points. En même temps, fermeture de la deuxième fistule recto-vaginale.

Le 13 octobre 1954. Fermeture intrapéritonéale de l'anus iliaque gauche de dérivation.

— Le 23 octobre 1954. Lachage de la fistule recto-vaginale haute.

— Le 13 novembre 1954. Atrésie vaginale importante.

Incontinence totale.

L'injection de liquide coloré dans la vessie montre une fistulette résiduelle haute qu'on ne peut repérer à cause de l'atrésie vaginale.

— Le 16 décembre 1954 la malade sort de l'hôpital. Très mauvais résultat.

— La malade revient pour contrôle le 18 mars 1955 avec les mêmes lésions.

On décide de remettre à plus tard une nouvelle intervention et la malade sort de l'hôpital le 3 avril 1955.

N'a pas été revue depuis malgré convocation.

OBSERVATION n° 11 (F.V.V. n° 140).

B... S..., 23 ans.

— Entre le 25 juin 1954

— Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts.

Urètre restant : borgne, mesurant 1 cm.

— Intervention le 30 juillet 1954. Pr. Letac.

Intervention préparatoire à l'iléo-cysto-urétro-plastie.

Isolement d'une anse de 20 à 25 cm de l'angle iléo-coecal.

Anastomose termino-terminale de l'iléon pour rétablir la continuité.

L'anse isolée est sortie de la cavité péritonéale, fermée à son extrémité supérieure et abouchée à la peau à son extrémité inférieure.

Sonde dans l'anse intestinale avec aspiration.

Deuxième temps de l'intervention le 13 août 1954. Pr Letac.

Libération difficile de l'anse : on la dépéritonise à plusieurs endroits (enfouissement : catgut chromé).

Allongement de l'anse par section des arcades secondaires.

Retournement vésical. Cathétérisme des deux uretères.

Ouverture de l'anse et suture à points séparés au catgut chromé n° 1.

L'extrémité inférieure avec les sondes urétérales est descendue dans le vagin.

— Le 24 août 1954. Sphacèle et chute de l'extrémité iléale du néo-urètre.

— Le 14 septembre 1954, le néo-urètre iléal est au minimum de longueur, dans le cul-de-sac antérieur, rétropubien, difficile à voir et béant.

— La malade a un très mauvais résultat fonctionnel et elle sort le 20 septembre 1954.

— Elle revient pour contrôle le 20 décembre 1954.

— Reprise de plastie le 16 février 1955. Pr. Letac.

1° Isolement très difficile de la vessie à cause de la sclérose : on ouvre l'anse en plusieurs endroits. On arrive cependant à amener la vessie vers le haut et on constate que le néo-urètre a entièrement disparu.

2° Temps aseptique après changement de gants et instruments :

Prélèvement d'une anse iléale.

Résection complémentaire enlevant l'ancienne anastomose sur 20 cm.

Anastomose iléo-iléale aseptique.

Extrapéritonisation de l'anse.

On retourne la vessie : suture iléo-vésicale latéro-latérale en un plan (catgut chromé).

Plicature longitudinale et transversale du néo-urètre-iléal (néo-sphincter).

Deux drains latéro-vésicaux.

— Le 4 mars 1955. Sphaçèle complet de l'anse qui sert de néo-urètre.

Malade incontinente.

— Sortie de l'hôpital le 17 mars 1955 : Echec total.

OBSERVATION n° 12 (F.V.V. n° 141).

M'B... N'D..., 18 ans.

— Entre le 10 février 1953.

— Vagin scléreux empêchant d'accéder à la fistule.

Urètre restant : 1 cm.

— En 1953 la malade a subi un retournement vésical le 23 mars, complété par un néo-urètre (greffon veineux) le 6 juillet. Echec.

— Le 9 novembre 1953. Trocardisation de la vessie. Echec.

— En juillet 1954, on envisage l'iléo-cysto-urétro-plastie.

— Intervention le 9 août 1954. Pr. Letac.

Temps aseptique : Technique habituelle.

Temps septique : libération de la vessie prise dans une gangue scléreuse englobant les muscles grands droits.

L'uretère gauche est très dilaté (cathétérisme par une sonde de Nélaton).

Anastomose iléo-vésicale.

L'extrémité inférieure de l'iléon sort par le vagin dont l'orifice fistuleux est agrandi.

Par l'iléon sort une sonde de Pezzer et la sonde de Nélaton de l'uretère gauche.

Résection le long de l'anse mésentérique, de l'excès d'anse iléale en haut.

— Le 15 octobre 1954. Le vagin est réduit à un canal scléreux ; le bout iléal du néo-urètre est à peine aperçu. La malade perd ses urines dans toutes les positions.

Très mauvais résultat.

— La malade sort de l'hôpital le 25 octobre 1954.

— Elle revient pour contrôle le 16 février 1955. Les mêmes constatations sont faites.

— La malade ressort de l'hôpital le 1er mars 1955 et on lui demande de revenir au bout de quelques mois pour juger de l'opportunité d'une nouvelle intervention (dérivation colique des urines).

OBSERVATION n° 13 (F.V.V. n° 142).

S... F..., 35 ans

Entre le 5 juin 1954

— Fistule vésico-vaginale à bords scléreux admettant trois doigts. Urètre absent. Fistule recto-vaginale énorme.

— Intervention le 16 août 1954. Pr. Letac.

1° Prélèvement d'une anse. Anastomose iléo-iléale aseptique. Extrapéritonisation. Résection de l'iléon en trop à la partie proximale en suivant le bord mésentérique. Fermeture de l'anse en haut.

2° Retournement vésical. Cathétérisme des uretères. Isolement de la vessie. Suture iléo-vésicale latéro-latérale en un plan points séparés, catgut chromé (points de renfort extérieurs çà et là).

L'anse est amenée dans le vagin et fixée aux tissus sous-pubiens avivés.

Paroi deux plans acier-acier. Deux drains par contre-incisions latérales.

— Le 29 septembre 1954. La malade sort avec un très bon résultat : Elle sent le besoin, est continente, urine à volonté et peut s'arrêter en cours de miction. A été cinématographiée.

— Le 14 février 1955. Elle revient pour contrôle.

- Lachâge partiel de la suture. Fistulette résiduelle.

Le 22 février 1955. Image radiologique de tuberculose pulmonaire B.K. +++.

— Le 26 février 1955. La malade sort du service pour le traitement de sa tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION n° 14 (F.V.V. n° 143).

B... K..., 30 ans.

— Entre le 20 juillet 1954.

Fistule vésico-vaginale collée à la symphyse pubienne admettant un doigt.

Urètre restant : 1 cm.

Vagin atrésié.

— Intervention le 20 août 1954. Dr Barroux.

Iléo-cysto-urétro-plastie à l'ordinaire avec cependant quelques détails de technique différents.

1° Prélèvement du greffon sur la dernière anse iléale avec résection supplémentaire de 10 cm de chaque côté; ce qui assure la liberté de l'anse et sa bonne vascularisation.

2° Mise en place facile du greffon iléal.

— Le 22 août 1954. Abdomen légèrement météorisé.

— Le 23 août 1954. Température à 40°, cœur assourdi, azotémie 2 g 60.

La malade meurt dans l'après-midi.

— Nécropsie. Rein de néphrite ascendante avec des zones de sclérose.

— Anses intestinales légèrement distendues jusqu'à l'anastomose qui est bien perméable mais les douze derniers centimètres entre l'anastomose et le cœcum sont collés avec un peu de sang noirâtre. A cause de cet obstacle paraissant cependant minime, le transit ne s'est pas rétabli.

Région opératoire vésico-iléale normale.

OBSERVATION n° 15 (F.V.V. n° 144).

S... F..., 35 ans.

— Entre le 7 avril 1954.

— Destruction totale de la cloison vésico-vaginale jusqu'au col utérin. Urètre restant : 1,5 cm.

— Intervention le 23 août 1954. Dr Barroux.

Prélèvement du greffon avec résection intestinale bilatérale libératrice du mésentère comme pour l'intervention précédente.

Excellent greffon très bien vascularisé.

Anastomose aseptique pour le rétablissement de la continuité intestinale.

Retournement vésical. Le cathétérisme de l'uretère gauche est difficile : la portion terminale de l'uretère ayant été détruite par l'escarre.

Réintégration de cet uretère dans la néo-vessie.

Le greffon est facilement mis en place et le néo-urètre est intubé dans l'ancien.

— Le 23 octobre 1954. La malade perd dans toutes les positions.

Néo-urètre en bonne place dans l'ancien urètre et facilement cathétérisable.

Découverte de deux fistulettes sur l'anse intestinale.

— Le 2 novembre 1954. Dr Barroux.

Reprise de ces deux fistulettes par voie basse.

— Le 25 novembre 1954 on découvre de nouveau une fistule de 5 mm sur le trajet du néo-urètre iléal avec muqueuse ectropionnée.

— La malade sort de l'hôpital le 25 novembre 1954 et on lui demande de revenir au bout de quelques mois.

— Réhospitalisation le 30 octobre 1955.

On ne voit pas de fistulette résiduelle, mais il n'y a plus d'anse iléale intubée dans l'ancien urètre.

Orifice iléal néo-urétral béant et incontinent au fond du cul-de-sac antérieur du vagin.

— Intervention par voie vaginale le 21 novembre 1955. Dr Barroux.

Incision circulaire au pourtour de l'anse iléale à la jonction muqueuse iléale-muqueuse vaginale. On a pu ainsi reconstituer sur sonde de Pezzer une anse iléale ayant 6 à 7 cm de longueur.

Incision de la petite lèvre gauche permettant de créer dans la paroi vaginale gauche un trajet de 5 cm de longueur environ. L'anse iléale est intubée dans ce trajet et son extrémité fixée à la petite lèvre par une couronne de points au fil d'acier pour y constituer un néo-méat.

— Deux opérations de ce genre avec intubation soit dans un excellent ancien urètre (observ. n° 29), soit dans un trajet créé de toutes pièces dans les parties molles rétro-pubiennes (observ. n° 4) ont été suivies d'un très bon résultat fonctionnel.

Il semble qu'on puisse en espérer un également pour cette malade et ceci d'autant plus que l'intubation dans la petite lèvre paraît être particulièrement satisfaisante du point de vue anatomique.

OBSERVATION n° 16 (F.V.V. n° 145).

F... T..., 26 ans.

— Entre à l'hôpital le 9 août 1954.

Fistule vésico-vaginale admettant largement un doigt. Urètre restant : 1,5 cm.

Atrésie vaginale avec bride semi-circulaire postérieure.

— Intervention le 10 septembre 1954. Dr Barroux.

Prélèvement classique de l'anse intestinale..

Anastomose latéro-latérale en deux plans pour rétablir la continuité du transit intestinal.

Retournement vésical assez facile.

Anastomose iléo-vésicale (un plan : catgut chromé, points séparés).

Intubation du greffon dans l'ancien urètre fendu.

Le 13 novembre 1954, l'ancien urètre fendu bilatéralement n'est pas entièrement occupé par l'anse iléale; celle-ci est située dans sa moitié droite.

Fond vaginal atrésié, infundibulaire où on ne reconnaît pas le col utérin.

La malade se trouve améliorée parce qu'elle perd un peu moins qu'avant l'intervention et qu'elle éprouve des sensations de besoin dans les positions assise et couchée.

— La malade sort de l'hôpital le 8 décembre 1954.

— A donné de ses nouvelles le 6 novembre 1955.

— Très satisfaite, ne perd pas, considère que ses mictions sont redevenues normales.

OBSERVATION n° 17 (F.V.V. n° 146).

N'D... M..., 20 ans.

— Entre le 21 avril 1954.

— Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts, avec un retentissement urétéro-rénal important.

Urètre restant : 1 cm.

— Le 25 mai 1954. Réimplantation préalable des uretères dans la calotte vésicales (Dr Barroux).

— La malade sort de l'hôpital le 15 juin 1954.

— Elle revient le 8 septembre 1954. Pas d'amélioration sensible de l'état des voies urinaires.

— Intervention le 4 octobre 1954. Dr Barroux.

Temps péritonéal : Prélèvement du greffon iléal avec résection bilatérale complémentaire.

Anastomose latéro-latérale de rétablissement de la continuité (2 plans).

Temps sous-péritonéal : Retournement vésical facile.

Le néo-méat urétéral droit n'est pas cathétérisable.

Section de la vessie jusqu'à l'uretère.

Découverte de la lumière urétérale.

Plastie vésico-urétérale élargissant l'orifice.

Anastomose iléo-vésicale à l'ordinaire.

L'anse destinée à faire l'urètre subit une torsion de 180° avant de descendre dans l'ancien urètre et y être fixée.

— Le 4 novembre 1954, soit juste un mois après l'intervention :

— Résultat anatomique très bon : la perte de substance vésico-vaginale est bien bouchée par l'anse et le pont inférieur de l'ancien urètre persiste.

— Résultat fonctionnel : la malade sent le besoin dans les positions assise et couchée. Debout, elle commence à perdre au bout d'un certain temps et alors va uriner.

— La malade sort de l'hôpital, satisfaite, le 10 novembre 1954.

— Réhospitalisée le 16 juin 1955 pour avortement à deux mois.

Capacité vésicale : 300 cc. A ce moment la malade sent le besoin d'uriner.

La miction est rapide (4 à 5 mictions par jour).

Aucune perte d'urines.

A l'examen, le néo-méat urétral a bon aspect.

La paroi antérieure du vagin qui est constituée par l'anse iléale a l'aspect d'une muqueuse vaginale normale.

Excellent résultat.

OBSERVATION n° 18 (F.V.V. n° 147).

M... S..., 27 ans.

— Entre le 21 août 1954.

Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts.

Urètre restant : 1 cm.

(Petite femme : 1 m 40, 42 kg, cyphotique.)

— Intervention le 7 octobre 1954. Dr Barroux.

Aucun incident ni choc malgré la gêne que provoque la considérable cyphose de la malade.

Prélèvement du greffon avec résection bilatérale complémentaire.

Anastomose latéro-latérale iléo-iléale en deux plans.

Retournement vésical peu hémorragique.

Anastomose vésico-iléale facile.

L'anse iléale bien vascularisée, descend facilement dans un moignon d'urètre de 1 cm élargi.

L'anse mise dans le sens contropéristaltique, est fixée après avoir subi une rotation de 135°, dans le sens des aiguilles d'une montre.

— Le 4 novembre 1954. Le vagin est réduit à un canal fibreux à parois ulcérées.

Fistulette résiduelle dans le cul-de-sac latéral gauche.

— Le 19 novembre 1954. Intervention. Pr. Ag. Birbis.

La fistulette s'est agrandie. Il s'agit maintenant d'une grosse fistule à gauche sur l'anastomose iléo-vésicale.

Excision de la fistule.

Fermeture peu satisfaisante, mais le bleu de méthylène injecté sous faible pression ne ressort pas.

Aspiration par sonde vésicale.

— Le 15 décembre 1954. Persistance d'une fistulette résiduelle.

— La malade sort de l'hôpital le 16 décembre 1954 et on lui demande de revenir au bout de quelques mois.

N'a pas été revue depuis.

OBSERVATION n° 19 (F.V.V. n° 148).

M... A...

Entre le 25 septembre 1954.

Perte de substance cervico-vésico-urétrale admettant deux doigts. Urètre restant : 1,5 cm.

— Intervention le 13 octobre 1954. Dr Barroux.

Greffon prélevé avec double résection intestinale complémentaire.

Rétablissement de la continuité par anastomose latéro-latérale en deux plans.

Retournement vésical assez hémorragique (800 g).

Décollement vésico-utérin difficile.

Anastomose iléo-vésicale à l'ordinaire.

Rotation de 180° du segment urétral fixé par plusieurs points de fil de lin intrapelvien.

L'anse est placée contropéristaltique.

— Le 20 octobre 1954, perte d'urine par l'incision de drainage de la fosse iliaque droite.

Cathétérisme difficile mais possible du néo-urètre.

Mise en place d'une sonde de Malécot n° 36. Aspiration.

On pense que du fait de la rotation de l'anse, il y a eu rétention après ablation des sondes urétérales et lachage de la suture vésico-iléale.

Le 22 novembre 1954. L'incision de drainage est bien cicatrisée mais on découvre dans le cul-de-sac latéral droit une fistule allant directement dans la néo-vessie et sans rapport avec le néo-urètre. Cette fistulette explique la perte constante des urines,

— La malade sort le 25 décembre 1954.

N'a pas été revue.

OBSERVATION n° 20 (F.V.V. n° 98).

S... A..., 20 ans.

— Entre le 19 juin 1953.

Fistule vésico-vaginale à bords scléreux, admettant trois doigts avec destruction totale de la cloison vésico-vaginale. Urètre restant : 1 cm.

Fistule recto-vaginale.

— Le 12 septembre 1953. Retournement vésical. Echec. Suture de la fistule recto-vaginale.

— La malade sort de l'hôpital le 21 octobre 1953.

— Echec partiel de la cure de fistule recto-vaginale.

— La malade entre de nouveau à l'hôpital le 29 juin 1954.

— Le 20 octobre 1954. Intervention. Dr Barroux.

Prélèvement du greffon avec résection bilatérale complémentaire.

Anastomose latéro-latérale en deux plans sur le grêle.

Retournement vésical et cathétérisme facile des uretères.

Anastomose iléo-vésicale en un plan (catgut chromé).

Mise en contropéristaltisme de l'anse iléale.

Rotation de 180° du segment urétral et fixation intrapelvienne de cette rotation.

— Le 13 novembre 1954. Réparation anatomique satisfaisante. Au point de vue fonctionnel, la malade se trouve légèrement améliorée en ce sens qu'elle perd beaucoup moins qu'avant l'intervention dans la position couchée.

— Sortie de l'hôpital le 8 décembre 1954.

N'a pas été revue depuis.

OBSERVATION n° 21 (F.V.V. n° 158).

F... A..., 18 ans.

— Entre le 22 septembre 1954.

Destruction urétro-vésicale avec fistule vésico-vaginale admettant un doigt.

Urètre restant : 1 cm.

— Intervention le 8 novembre 1954. Dr Barroux.
Iléo-cysto-urétroplastie.

L'uretère gauche n'est plus dans la vessie et se termine dans le cul-de-sac vaginal : il est libéré: son extrémité est sectionnée, et il est réimplanté à la face postérieure de la vessie.

L'anse est mise contropéristaltique et on fait subir une torsion de 180° au néo-urètre (fixation intrapelvienne). Drains sus-pubiens par contre-incisions pararectales.

— Suites opératoires : malade indocile ayant enlevé ses sondes urétérales.

Drains enlevés le dixième jour.

— Le 15 janvier 1955. La néo-vessie a une grande capacité. La malade perd surtout en position couchée. Elle ne peut uriner que dans cette position et la miction se fait alors en goutte à goutte.

Dix séances d'ionisation vésicale (prostigmine) en plaçant l'électrode active dans la région hypogastrique sus-pubienne et la deuxième électrode plus large dans le vagin.

— Le 10 mars 1955. Aucune amélioration fonctionnelle depuis le traitement électrique.

— Le 17 mars 1955. Intervention. Pr. Letac.

Allongement de l'urètre par plastie vagino- labiale. On utilise la muqueuse du vagin et des petites lèvres pour allonger l'urètre de 3 cm (un plan profond : surjet catgut; un plan superficiel : points séparés, acier).

— Le 5 avril 1955, lâchage de la plastie vagino-labiale.

— La malade sort de l'hôpital le 9 avril 1955, légèrement améliorée; elle éprouve des sensations de besoin de temps en temps et elle se souille moins qu'avant.

— Revue en juillet 1955 : Nettement améliorée. Perd un peu la nuit. Perd également un peu à l'effort. Néo-urètre légèrement béant. Une petite intervention locale pourrait être faite.

Ne s'est pas fait hospitaliser depuis pour ce traitement.

OBSERVATION n° 22 (F.V.V. n° 150).

R... G..., 15 ans.

— Entre le 13 avril 1954.

Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts.

Urètre restant : 2,5 cm.

— 21 avril 1954. Après une urographie intra-veineuse :

Vomissements,

Diarrhée,

Chute de tension artérielle,

Poussée d'azotémie à 2,40 g.

— En raison de cet accident on renvoie la malade chez elle le 19 mai 1954.

— Réhospitalisation le 21 septembre 1954.

Bon état général. Cependant petite altération myocardique signalée à l'électrocardiogramme : cure d'ouabaïne.

— Intervention le 25 novembre 1954. Pr. Letac.

Prélèvement classique du greffon avec résection bilatérale complémentaire.

Retournement vésical.

Anastomose iléo-vésicale en un plan catgut chromé n° 0.

Plissement transversal puis longitudinal de l'extrémité urétrale du greffon que l'on passe dans le segment d'urètre restant avivé.

— Syncope cardiaque : au quart d'heure après la fin de l'intervention (200 g de sang perdu en tout).

— Résultat anatomo-pathologique des pièces prélevées au cours de la nécropsie :

Rate et rein de choc.

Foie, congestif mais présentant des lésions d'hépatite infectieuse. Par ailleurs, des plages entières de cellules hépatiques ont un aspect spumeux finement vacuolisé.

Poumon, modérément congestif.

Cœur, congestif. Anisocaryose manifeste des fibres myocardiques qui sont souvent hypertrophiées par des signes de myocardite interstitielle manifestes.

OBSERVATION n° 23 (F.V.V. n° 157).

K... F..., 20 ans.

Entre le 17 décembre 1954.

Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts.

Urètre restant : 1 cm.

— Intervention le 18 janvier 1955. Pr. Letac.

Iléo-cysto-urétroplastie. A noter que l'anse iléale dans sa partie néo-urétrale est plissée :

*a*) Transversalement sur la circonférence pour déterminer une sorte de diaphragme;

*b*) En gouttière, longitudinalement pour rétrécir son calibre.

L'anastomose iléo-vésicale a été faite en deux plans (catgut chromé, acier).

— Le 22 mars 1955. Bon résultat anatomique. Le néo-urètre est néanmoins un peu large. La malade qui n'est pas tout à fait continente, sort de l'hôpital le 28 mars 1955.

— Réhospitalisation le 30 juin 1955.

— Le 12 juillet 1955. Cerclage du néo-urètre iléal au nylon (Pr. Letac).

— Très nette amélioration fonctionnelle. La malade ne perd pas. La miction est difficile et longue (quelques minutes) mais sans cystite.

Bon résultat.

OBSERVATION n° 24 (F.V.V. n° 17).

A... D..., 35 ans.

Entre le 8 mars 1952.

Fistule vésico-vaginale admettant un doigt.

Urètre restant : 3 cm.

Opération de Sabadini (1er temps) en 1952.

— Néo-urètre (greffon veineux) en 1953.

— La malade revient à l'hôpital le 20 novembre 1954.

Néo-urètre imperméable.

La malade perd des urines par une fistulette située dans le cul-de-sac latéral gauche et par un pertuis punctiforme au niveau de l'ancienne cystostomie.

Iléo-cysto-urétro-plastie le 3 février 1955. Pr. Letac.

Exclusion d'anse avec résection bilatérale.

Extra-péritonisation.

Retournement et isolement de la vessie très difficiles (tissus scléreux).

Ouverture de la vessie à partir de la cystostomie.

On ne retrouve ni les uretères ni l'orifice du néo-urètre.

La vessie est pleine de diverticules.

Anastomose iléo-vésicale : deux plans catgut chromé.

Plissement longitudinal du néo-urètre sur sonde (surjet catgut).

Deux drains latéraux : aspiration 48 heures.

— Le 22 février 1955 : résultat inespéré. Il ne reste qu'une fistulette résiduelle de la taille d'une lentille à fermer par voie vaginale.

— Le 22 mars 1955. Reprise de la fistulette résiduelle. Pr. Letac.

Fistule assez difficilement accessible. Position ventrale. Cure par dédoublement et suture (fils d'acier n° 15, points séparés).

— Le 5 avril 1955. Le pertuis existe toujours. Il faudra réintervenir par voie sus-pubienne.

On demande à la malade de revenir au bout de quelques mois.

Elle sort de l'hôpital le 9 avril 1955.

OBSERVATION n° 25 (F.V.V. n° 151).

S... F..., 17 ans.

— Entre le 19 décembre 1953.

Deux fistules vésico-vaginales de taille moyenne dont l'une centrée sur le col vésical.

— Intervention le 14 janvier 1954. Pr. Ag. Birbis.

Retournement vésical.

— Sortie le 2 février 1954. Guérison de la fistule.

— Deuxième hospitalisation le 3 mai 1954.

— Le 20 mai 1954. Intervention. Dr Barroux.

Néo-urètre artériel.

— Le 19 juin 1954. Cystostomie (malade en rétention).

— Sortie le 19 juillet 1954.

— Troisième hospitalisation le 3 septembre 1954.

— Le 14 octobre 1954. Dr Barroux.

Plastie de l'urètre par voie vaginale. Echec.

— Le 3 novembre 1954. Dr Barroux.

Néo-urètre (greffon cutané). Echec.

— Le 10 février 1955. Intervention. Pr. Letac.

Iléo-cysto-urétro-plastie :

Prélèvement du greffon avec résection bilatérale complémentaire.

Anastomose iléo-iléale aseptique (deux plans : catgut acier).

Isolement très difficile de la vessie et des orifices néo-urétraux qui sont réséqués.

La vessie est mise à plat : cathétérisme des uretères.

Anastomose latéro-latérale iléo-vésicale très large (points séparés au catgut chromé).

Un plan de renforcement extérieur (catgut chromé).

Plicature longitudinale puis transversale du néo-urètre iléal.

Introduction du néo-urètre dans ce qui reste de l'ancien.

Deux drains latéraux : aspiration 48 heures

— Le 1er mars 1955. Le néo-urètre est sorti de l'ancien. Continente, la malade urine normalement mais perd un peu après chaque miction.

Dans l'ensemble : très bon résultat.

— La malade sort de l'hôpital le 10 mars 1955, soit juste un mois après l'intervention.

— Réhospitalisée le 11 juin 1955. Perd encore un peu. Le néo-urètre est évaginé.

26 juillet 1955 : Reconstitution de ce néo-urètre iléal sur sonde (Pr. Letac). Perd encore un peu en août 1955.

Sort le 30 août 1955 se considérant comme très améliorée.

OBSERVATION n° 26 (F.V.V. n° 106).

D... M..., 22 ans.

— Entre le 21 juillet 1954.

24 septembre 1954. Cystostomie et ablation d'un gros calcul vésical.

23 octobre 1954. Enorme destruction de la cloison recto-vaginale. Atrésie vaginale cicatricielle que le doigt effondre assez facilement.

Pénétration dans une arrière cavité vaginale en état d'hématocolpos.

En avant, collée contre le pubis : fistule vésico-vaginale admettant un doigt.

La malade inopérable pour le moment à cause de son mauvais état général est renvoyée chez elle

Elle revient le 7 février 1955

La malade a grossi de 9 kg : meilleur état général.

— Intervention le 1er mars 1955. Pr. Letac.

Anus iliaque gauche à pont cutané, puis iléo-cysto-urétroplastie.

*a*) Temps aseptique :

Prélèvement d'une anse,

Résection complémentaire bilatérale,

Anastomose iléo-iléale aseptique (deux plans catgut),

Péritonisation.

*b*) Temps septique :

Retournement vésical difficile,

Cathétérisme des uretères,

Plissement longitudinal et transversal du greffon iléal.

Cysto-iléo-anastomose : Un plan catgut chromé points séparés.

Paroi : acier.

Un drain latéral gauche, aspiration par le drain.

— Le 22 mars 1955. Le greffon paraît bien nourri.

— Le 21 avril 1955. Très bon résultat anatomique.

Très mauvais résultat fonctionnel. Perd ses urines dans toutes les positions.

— Sortie le 22 avril 1955.

— Le 6 octobre 1955. Colpocleisis transformant le rectum fendu jusqu'au col utérin en cloaque recto-urinaire avec périnéorraphie et réfection du sphincter anal (Dr Barroux).

OBSERVATION n° 27 (F.V.V. n° 159).

S... S...

— Entre le 10 mars 1955.

— Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts.

Urètre restant : 3 cm.

Atrésie vaginale.

— Intervention le 7 avril 1955. Pr. Letac.

Iléo-cysto-urétroplastie avec plissement transversal du futur col vésical (points séparés) et plissement longitudinal (points séparés).

— Le 21 avril 1955. Occlusion au quatorzième jour.

Aspiration duodénale. Perfusion de plasma.

Dans la nuit : émission de gaz.

— Le 23 avril 1955. Niveaux liquidiens bas situés (radiographie sans préparation). Température : 40°. Terramycine intra-veineuse.

— Le 25 avril 1955. Après aspiration : disparition du ballonnement. Selles très liquides.

Le 30 avril 1955. Le syndrome occlusif a disparu complètement.

A l'examen : Le néo-urètre a quitté l'ancien.

Le néot-méat bourgeonnant et rouge laisse sourdre du mucus en abondance. Cathétérisme difficile.

Au point de vue fonctionnel : debout et couchée, la malade perd continuellement. Assise, elle sent le besoin et urine.

— Le 17 mai 1955. Intervention. Pr. Letac.

Avivement de l'anse et des bords postérieurs de l'urètre.

Suture en un plan sur sonde de Pezzer : Aspiration.

— Le 23 juin 1955 (Pr. Letac). Reprise de cette suture qui a lâché entre l'ancien et le nouvel urètre. Suture en un plan après avivement.

— Assez bon résultat anatomique. Très bon résultat fonctionnel : la malade urine en jet et à la demande.

— Sortie le 23 juillet 1955.

OBSERVATION n° 28 (F.V.V. n° 160).

D... F..., 19 ans.

— Entre le 12 février 1955.

— Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts et large fistule recto-vaginale.

Vagin scléreux.

Urètre borgne (3 cm).

— Intervention le 14 avril 1955. Pr. Letac.

Anus iliaque gauche de dérivation.

Exclusion d'une anse grêle iléale à 35 cm du cœcum.

Extrapéritonisation de l'anse.

Résection complémentaire bilatérale.

Retournement vésical facile : Cathétérisme des uretères.

Plicature longitudinale et transversale du néo-urètre.

Plastie vésico-iléale.

Intubation du néo-urètre dans l'ancien.

Drains latéro-vésicaux.

— Le 4 mai 1955. Résultat anatomique imparfait : Le néo-urètre n'est plus raccordé à l'ancien.

Très bonne continence.

Mictions normales.

La malade peut uriner à la demande et en jet (250 cc).

Sortie le 6 mai 1955. Très satisfaite.

— Réhospitalisée le 27 septembre 1955.

Très bon résultat fonctionnel. Les mictions au réveil sont de 300 à 600 cc.

Résidu très faible (50 à 100 cc) souvent nul.

Le lit est sec. Pas de pertes d'urines dans la journée en station debout.

Cure de la fistule recto-vaginale le 13 octobre 1955 (Dr Barroux).

OBSERVATION n° 29 (F.V.V. n° 102).

K... G..., 20 ans.

—Entre le 16 février 1955.

— Fistule vésico-vaginale admettant deux doigts.

Sclérose importante.

Urètre restant : borgne, 2 cm.

— Interventions antérieures à la plastie iléo-vésicale.

Retournement vésical le 21 septembre 1953.

Trocardisation vésicale le 9 novembre 1953.

Néo-urètre cutané le 6 juin 1954. Depuis lors, la fistule s'est réouverte largement.

— Intervention le 15 avril 1955. Pr. Letac.

Iléo-cysto-urétroplastie.

— Jusqu'au 26 avril 1955, perte d'urine en assez grande abondance par l'orifice de drainage de l'espace périvésical gauche 500 à 700 cc par 24 heures).

— Le 4 mai 1955, on constate que le néo-urètre iléal a quitté l'ancien urètre.

La malade perd constamment en goutte à goutte: cependant toutes les trois heures, elle ressent une pesanteur vésicale. Elle se met alors sur son bassin et perd sans effort l'équivalent d'une miction.

Pour tenter d'améliorer la malade, on lui donne un parasympaticolytique : la génatropine à raison de 5 mmg par jour. Des améliorations fonctionnelles ayant été obtenues de cette manière après des iléo-cysto-plasties faites pour petites vessies tuberculeuses (A. Soler, thèse Lyon 1953) (25).

— Le 15 mai 1955. Il semble qu'il y ait une amélioration depuis le traitement à la génatropine (interrogatoire difficile). Entre les moments où elle ressent le besoin d'uriner, la malade perd très peu. Mais dès qu'elle éprouve la sensation de pesanteur vésicale, elle perd très rapidement sans pouvoir contrôler sa miction.

Cette malade, comme beaucoup d'autres dans notre hôpital, est très peu évoluée et n'essaye aucunement de se rééduquer.

- Sort le 11 juin 1955.

— Réhospitalisée le 11 octobre 1955.

Est actuellement parfaitement incontinente. Présente au fond du cul-de-sac antérieur un bout iléal ectropionné et béant.

— Le 19 octobre 1955. Intervention. Dr Barroux.

1° Incision circulaire à la jonction muqueuse iléale muqueuse vaginale. Désinvagination et allongement de l'iléon.

2° Elargissement de l'ancien urètre (qui est long : 3 cm) par deux incisions latérales.

3° Réintubation de l'iléon dans l'urètre. Fixation au méat par plusieurs points au fil d'acier.

Noter que la capacité vésicale est actuellement nulle.

— Au 6 novembre. Le résultat obtenu est le suivant : L'anse iléale a bien tenu dans l'ancien urètre.

Le néo-méat a bon aspect.

Le cathétérisme est facile.

Le trajet urétral a une bonne longueur.

La capacité vésicale est maintenant de 140 cc.

Ne perd pas et a des mictions.

La réducation se poursuit. Peut être actuellement considérée comme un bon résultat.

## TABLEAU RÉCAPITULATIF

| Observations | Bons résultats fonctionnels | Améliorations légères | Fistules résiduelles en cours de traitement ou à revoir | Mauvais résultats | Décès |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | 1 |
| 2 | 1 | | | | |
| 3 | 1 | | | | |
| 4 | 1 | | | | |
| 5 | | | | | 1 |
| 6 | 1 | | | | |
| 7 | 1 | | | | |
| 8 | 1 | | | | |
| 9 | | | | 1 | |
| 10 | | | 1 | | |
| 11 | | | | 1 | |
| 12 | | | | 1 | |
| 13 | | | 1 | | |
| 14 | | | | | 1 |
| 15 (1) | | | 1 | | |
| 16 | 1 | | | | |
| 17 | 1 | | | | |
| 18 | | | 1 | | |
| 19 | | | 1 | | |
| 20 | | 1 | | | |
| 21 | | 1 | | | |
| 22 | | | | | 1 |
| 23 | 1 | | | | |
| 24 | | | 1 | | |
| 25 | | 1 | | | |
| 26 | | | | 1 | |
| 27 | 1 | | | | |
| 28 | 1 | | | | |
| 29 | 1 | | | | |
| TOTAL... | 12 | 3 | 6 | 4 | 4 |

(1) La malade N° 15 a été réopérée récemment (21 novembre 1955) pour récupération de la longueur de l'anse iléale néo-urétrale et intubation dans un trajet des parties molles (petite lèvre). A noter que les malades N° 4 et N° 29 ont obtenu un bon résultat fonctionnel par une technique analogue.

# COMMENTAIRES

## VOYONS TOUT DE SUITE LES DECES

— Le premier décès (malade n° 1) est incontestablement dû au fait que l'opération fut mal codifiée au début.

Les syndromes d'anurie et d'occlusion constatés, en rapport avec des phénomènes péritonéaux développés à bas bruit nous ont conduits : d'une part, à séparer de façon absolue le temps péritonéal aseptique et le temps sous-péritonéal septique.

D'autre part, à fendre largement la vessie pour la mettre à plat et réaliser en un seul plan de suture une anastomose vésico-iléale **large,** évitant les accidents de rétention.

— Le second décès (malade n° 5) dû à une syncope cardiaque brutale confirme la nécessité d'une préparation minutieuse de ces malades (électrocardiogramme préopératoire systématique). On doit aussi éviter les opérations trop prolongées : la réimplantation des uretères si elle s'avère nécessaire sera faite au cours d'un premier temps opératoire spécial (deux mois avant la plastie).

— Le troisième décès (malade n° 14) semble uniquement dû à une absence de reprise du transit intestinal malgré un obstacle minime. La continuité intestinale fut pourtant toujours rétablie avec grand soin.

— Le quatrième décès (malade n° 22) dû à une syncope cardiaque un quart d'heure après la fin de l'intervention est

venu remettre l'accent sur le fait qu'il était indispensable d'accorder une très grande place à la préparation de ces malades africaines. En effet, pour cette malade, l'électrocardiogramme systématique avait révélé une petite altération myocardique. Elle avait subi une cure d'Ouabaïne mais on avait négligé de pratiquer un électrocardiogramme de contrôle.

---

## ETUDIONS MAINTENANT LES RESULTATS ANATOMIQUES

Le greffon intestinal s'est avéré dans la majorité des cas d'excellente qualité et le sphacèle qui est grandement favorisé par la descente de l'anse dans le vagin devrait se voir moins fréquemment avec la résection complémentaire unilatérale ou bilatérale qui a pour but d'augmenter le pédicule mésentérique et par suite d'éviter les tractions excessives qui peuvent gêner la circulation.

Très souvent le revêtement péritonéal du néo-urètre perd son aspect initial pour prendre celui de la muqueuse vaginale.

Les cystographies pratiquées chez plusieurs malades (n$^{os}$ 2, 4, 6, 8, 21, 23) et les épreuves de capacité vésicale nous ont montré que la néo-vessie qui est de dimensions correctes (capacité 250 à 300 cc) remplaçait avantageusement la petite vessie scléreuse qui fait habituellement partie des lésions associées.

On comprend aisément que ceci ne peut qu'avoir des répercussions heureuses sur les voies urinaires supérieures et l'urographie intraveineuse pratiquée chez plusieurs de nos malades, revenues pour contrôle après plusieurs mois, nous a révélé des améliorations notables (malades n$^{os}$ 2, 3, 6, 7, en particulier). Notre opinion n'est point faite sur l'intérêt des réimplantations des uretères dans la vessie. Chez l'une de nos malades, en effet (n° 17), la réimplantation du côté droit a été suivie d'une sténose urétérale et l'urographie intraveineuse révèle actuellement un rein muet de ce côté.

**Fig. 31.** — Cystographie après iléo-cysto-urétroplastie
(Observation n° 2)

**Fig. 32.** — Cystographie après iléo-cysto-urétroplastie
(Observation n° 8)

## CONSIDERONS ENFIN LES RESULTATS FONCTIONNELS

Ils apparaissent pour le moment sans rapport étroit avec les résultats anatomiques.

Certaines malades ont un résultat anatomique parfait et perdent constamment leurs urines (malade n° 26).

D'autres ont un résultat anatomique quelconque (sphacèle de l'anse dans son trajet à travers l'ancien urètre) et un résultat fonctionnel très satisfaisant (malade n° 2).

La continence ne semble donc pas dépendre particulièrement de l'état du néo-urètre ni de sa longueur. Pourtant chez deux de nos malades (n° 4 et n° 29) la désinvagination de l'anse iléale prolabée dans le vagin a permis de lui redonner sa longueur et on a pu ainsi chez l'une (n° 29) réintuber l'anse dans l'ancien urètre avec succès, chez l'autre (n° 4) faire passer l'anse iléale dans un trajet créé dans les parties molles rétro-pubiennes. Dans ces deux cas, la récupération fonctionnelle a suivi de près l'intervention.

Parmi les autres artifices que nous avons pu utiliser pour rétablir la continence (torsion de l'anse, plicatures longitudinales et transversales du greffon) aucun ne nous a paru pleinement efficient jusqu'à maintenant.

Peut-être faut-il retenir un procédé qui semble avoir eu une influence heureuse sur le résultat fonctionnel. Pour la malade n° 2, en effet, le bout supérieur de l'anse avait été abouché à la peau lors du premier temps, en guise de cystostomie, et fermé dans un deuxième temps. Le bout inférieur, qui devait jouer par la suite le rôle du néo-urètre, au repos dans l'intervalle, s'est peut-être mieux adapté à sa nouvelle situation que s'il avait fonctionné tout de suite. Mais cette manière de faire n'a été utilisée qu'une seule fois en raison de ses inconvénients propres.

Nous avons constaté que des améliorations s'effectuaient quelquefois avec le temps (au cours d'examens de contrôle) mais trop souvent les femmes africaines indigentes que nous traitons n'aident pas le médecin.

Nous n'en avons guère vu faire un effort manifeste pour se rééduquer. Passives, elles acceptent facilement de se faire opérer. Elles font confiance au médecin, mais il ne faut guère attendre de leur part un effort personnel. Pourtant, nous essayons de les intéresser à leur rééducation en leur expliquant le rôle de la vessie et de l'urètre et le mécanisme de la miction. L'infirmière mesure la quantité d'urines de leur miction matinale et leur montre le bocal d'urines. Le résidu, s'il y en a, leur est également montré pour les entraîner à rendre leur miction plus complète.

Nous nous sommes demandé si le coït ne pouvait avoir un effet néfaste sur le résultat : la malade n° 13 qui urinait tout à fait normalement à son départ de l'hôpital nous est revenue avec un lâchage des sutures, cinq mois plus tard. La chose est vraisemblable et a été constatée également pour certaines réparations vésicales par voie vaginale. A cet égard, un certain degré d'atrésie vaginale peut constituer une sécurité.

Les résultats sont donc loin d'être constamment favorables.

Cependant, en considérant les statistiques de l'hôpital Aristide-Le Dantec, à Dakar, nous avons constaté que l'iléo-cysto-urétro-plastie était toute de même supérieure aux autres techniques de réparation plastique en deux temps (suture vésicale plus néo-urètre ou retournement vésical plus néo-urètre) que l'on peut proposer pour des fistules vésico-vaginales aussi importantes. Les résultats fonctionnels sont meilleurs, la durée de l'hospitalisation est moindre, et les soins post-opératoires urologiques moins nombreux que ceux que nécessitent les autres néo-urètres.

# CONCLUSIONS

1° L'iléo-cysto-urétro-plastie est une technique originale qui, en un seul temps opératoire, agrandit la vessie et crée un néo-urètre, en utilisant un greffon iléo-jéjunal extra-péritonisé.

2° Cette intervention trouve son indication dans les grandes fistules vésico-vaginales africaines avec perte du substance segmentaire, plus ou moins étendue de l'appareil vésico-urétral.

Pour ces sortes de lésions, seule jusqu'à ces dernières années était utilisée l'implantation urétéro-colique. Les urologues sont unanimes pour considérer cette dérivation colique des urines comme une ultime ressource. Aussi la réparation anatomique de l'appareil urétro-vésical doit-elle rester le but à atteindre : suture après libération vésicale rétropubienne, retournement vésical (toutes opérations suivies de la création d'un néo-urètre dans un deuxième temps). Ce sont les difficultés rencontrées à la réalisation de ce néo-urètre, la durée des soins hospitaliers, la mauvaise qualité des résultats (rétrécissement ultérieur ou incontinence), l'impossibilité pour la malade de brousse d'être sous la surveillance ultérieure d'un urologue qui ont conduit à rechercher dans le greffon iléal un matériel neuf, bien vivant et vascularisé.

3° La réalisation de l'intervention et de ses différents temps : intra-péritonéal, rétropubien extra-péritonéal, et enfin vaginal, n'offre pas de difficulté spéciale. Il faut signaler

cependant lors du décollement vésical rétropubien et latéral, la nécessité d'une hémostase très soigneuse pour minimiser la perte de sang.

4° Nous apportons ici les vingt-neuf premières observations qui ont été recueillies à l'Hôpital Le Dantec de Dakar de février 1954 à avril 1955. Nous avons cherché à suivre les opérées aussi longtemps et soigneusement que possible. La qualité du résultat fonctionnel est très variable, de même que la durée nécessaire à la rééducation. Il est souvent difficile d'apprécier les raisons des résultats insuffisants. C'est dans ce sens que se poursuivent les efforts de façon à augmenter la fréquence des résultats fonctionnels de bonne qualité.

5° Il est trop tôt pour dire si l'iléo-cysto-urétro plastie mérite vraiment d'être utilisée et conseillée pour la réparation des grandes fistules vésico-vaginales ou s'il faut, abandonnant ce chemin malaisé de la réparation anatomique de l'appareil urétro-vésical, conseiller à nos malades la dérivation colique de leurs urines.

6° Nous espérons que le développement de l'obstétrique sociale en A.O.F., en rendant la lésion si fréquente à ce jour, exceptionnelle, évitera la si difficile recherche de cette double et contradictoire fonction vésico-urétrale de réservoir et de miction.

# APPENDICE

Il faut signaler que le Professeur agrégé R. Couvelaire (n° 12, n° 13) a donné une autre orientation aux techniques de réparation urétro-vésicale. Il préconise (avec deux observations suivies de bons résultats) des interventions successives comportant les temps suivants :

1° Urétérostomie cutanée bilatérale temporaire permettant d'exclure le bas appareil et de le mettre au sec.

2° Fermeture de la fistule vésico-vaginale en s'aidant au besoin du décollement rétropubien. On forme ainsi une micro-vessie à laquelle sera confiée ultérieurement la fonction sphinctérienne.

En même temps, est modelé un néo-urètre par plastie vaginale (fig. 33).

On attend que la cicatrisation vaginale soit complète évitant ainsi toute possibilité de fistule résiduelle.

3° C'est alors qu'est réalisée l'iléo-plastie en V.

Le greffon iléal anastomosé par sa partie médiane à la petite vessie vient agrandir ce réservoir vésical, tandis que dans les extrémités supérieures du greffon sont réimplantés les deux uretères.

Par ailleurs, une perforation au trocart assure la communication entre le néo-urètre et la vessie (fig. 34).

Une technique un peu différente inspirée et dérivée de celle-ci est actuellement utilisée à l'hôpital Le Dantec, de Dakar et plusieurs fistuleuses sont en cours de traitement. Nous saurons bientôt si ce mode de traitement assure chez nos malades africaines de meilleurs résultats fonctionnels et s'il doit remplacer l'iléo-cysto-urétro-plastie telle que nous l'avons décrite.

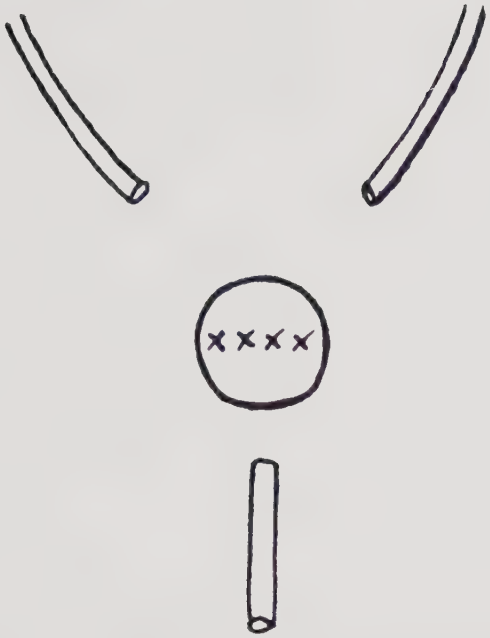

**Fig. 33.** — 1er temps : Urétérostomie cutanée bilatérale ; fermeture de la fistule vésico-vaginale ; néo-urètre par plastie vaginale.

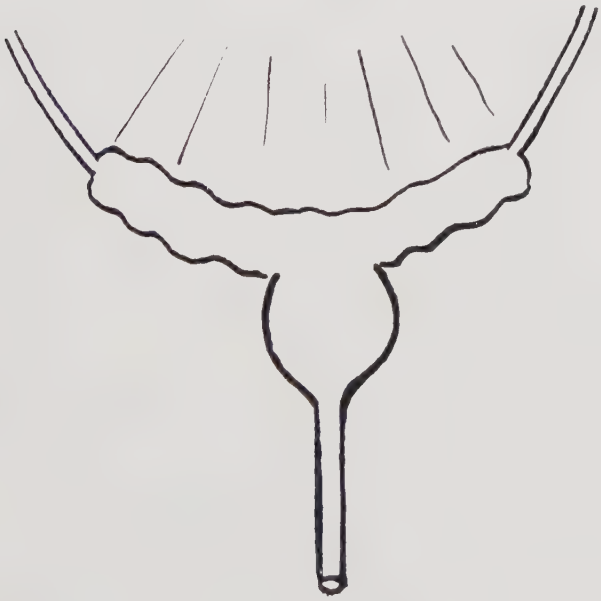

**Fig. 34.** — 2e temps : Iléo-cysto-plastie en V ; réimplantation des uretères dans le greffon iléal ; perforation au trocart pour assurer la communication entre le néo-urètre et la vessie.

(D'après R. Couvelaire).

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen : R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury
R. DARGET

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 17 Novembre 1955
Le Recteur :
E. DELAGE.

# BIBLIOGRAPHIE


1. Annis (D.). — Replacement of the ureter by small intestine and experimental study. *Brit. Journ. of Urol.*, 1953, *25*, 69-72.

2. Barnès (R.), Wilson (W.), Bergman (R.), Farley (S.) and Hadley (H.). — Plastic surgery on the urinary bladder. *The Journ. of Urol.*, 1953, *69*, 641-651.

3. Barroux (P.) et Letac (R.). — Le retournement vésical dans le traitement des fistules vésico-vaginales africaines. *Bordeaux Chirurgical*, 1953, fasc. 3, 113-124.

4. Bricker (E.). — Functional results of small intestinal segments as bladder substitutes following pelvic evisceration. *Surgery Saint-Louis*, 1952, *32*, 372-383.

5. Cabanie (G.). — Les fistules du col vésical à lésions étendues et leur cure chirurgicale. *Presse Méd.*, 1950, *58*, 944.

6. Les fistules ischémiques du col vésical. *Journ. d'Urol.*, 1953, *59*, 437-446.

7. Cibert (J.), Rolland F.), Durand (L.) et Brandsma (G.). L'agrandissement par plastie intestinale de la vessie tuberculeuse rétractée. *Lyon Chirurgical*, 1952, *47*, 769-786.

8. Cibert (J.), Rolland (F.) et Brandsma (G.). — Résultat radiographique après un an d'une iléo-cysto-plastie pour petite vessie tuberculeuse. *Journ. d'Urol.*, 1952, *58*, 485.

9. Couvelaire (R.). — La petite vessie des tuberculeux génito-urinaires. Essai de classification. Place et variantes des cysto-intestino-plasties. *Journ. d'Urol.*, 1950, *56*, 381-434.

10. Le réservoir iléal de substitution après la cystectomie totale chez l'homme. *Journ. d'Urol.*, 1951, 57, 408-417.

11. — Sur les cysto-entéroplasties pour petite vessie tuberculeuse. *Journ. d'Urol.*, 1951, 57, 530.

12. — Application de la cysto-entéroplastie à la cure de certaines fistules vésico-vaginales. *Journ. d'Urol.*, 1954, 60, 623-629.

13. — Chirurgie de la vessie. 1 vol., Masson, édit., 1955.

14. Ducassou (J.). — Traitement des pertes de substance vésico-urétro-vaginale par ischémie chez la femme. *Journ. d'Urol.*, 1952, 58, 51-55.

15. Foret (J.). — Néo-uretères en instestin grêle. *Journ. d'Urol.*, 1953, 59, 67.

16. — Le greffon intestinal en urologie. *Journ. d'Urol.*, 1953, 59, 191.

17. Foret (J.) et Heusghem (G.). — Replacement of both ureters by an ileal graft. *The Lancet*, 1953, vol. 1, 1181.

18. Gregoir (W.) et Van Wien (A.). — L'iléo-cysto-plastie. *Acta Chirurgica Belgica*, 1953, 52, 663-678.

19. Letac (R.). — Le traitement des fistules vésico-vaginales en milieu colonial. *Médecine Tropicale*, 1942, 2, 703-717.

20. Letac (R.) et Barroux (P.). — Note préliminaire sur le traitement des fistules vésico-vaginales avec destruction du col et de l'urètre par la plastie iléo-cysto-urétrale. *Journ. d'Urol.*, 1954, 60, 616-622.

21. Longuet (Y.). — Urétéro iléo-cystoplastie. *The Urologic and Cutaneous Review*, 1948, 52, 322.

22. Marc (R.). — Traitement des fistules vésico-vaginales à l'Hôpital Central Africain de Dakar durant les années 1952-1953. Thèse Bordeaux, 1954.

23. Merricks (J.). — A substitute bladder and urethra using cecum as bladder and ileum as urethra. *The Journ. of Urol.*, 1951, 65, 581-589.

24. Schober (K.). — Ringplastik nach Scheele. *Zeitschrift für Urologie*, 1952, *45*, 447-453.

25. Soler (A.). — Contribution à l'étude des iléo-cysto-plasties dans le traitement des petites vessies tuberculeuses. Thèse Lyon 1953.

26. Van der Vuurst de Vries (J.). — Plastic enlargement of the contracted bladder with a loop of small intestine according to method of Scheele. *The Urologic and Cutaneous Review*, 1949, *53*, 141-142.

27. Van Wien (A.) et Gregoir (W.). — La vessie coecale : opération de Verhoogen. *Lyon Chirugical* 1955, *50*, 204-210.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

Introduction ..... 13

Historique ..... 17

Indications opératoires ..... 23

Préparation des malades ..... 27

Anesthésie et réanimation ..... 31

Technique opératoire ..... 33

Observations résumées ..... 47

Tableau récapitulatif des observations ..... 91

Commentaires ..... 93

Conclusions ..... 99

Appendice ..... 101

Bibliographie ..... 105